**Allegato “A”** Fac-simile della domanda di partecipazione

Al Preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria

Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

Viale Regina Elena,324

00161 ROMA

Il/La sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a a partecipare alla procedura comparativa per titoli e colloquio, di cui al bando di selezione prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la stipula di un contratto di lavoro autonomo, avente ad oggetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’ambito del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

COGNOME……………………………………………………………………………

NOME………………………………………………………………………………….

CODICE FISCALE………………………………………………………….………...

DATA DI NASCITA ……………………………………………………….…………

SESSO M ☐ F ☐

LUOGO DI NASCITA …………………………………… PROV ………………….

RESIDENZA………………………………………CAP……………PROV………

TELEFONO ……………………… E MAIL ………………………………………

☐ Il sottoscritto NON E’ dipendente di una Pubblica Amministrazione ovvero

ovvero

☐ Il sottoscritto E’ dipendente della Pubblica Amministrazione

……………………………………………………………….………………………

CHE POSSIEDE I REQUISITI – DI CUI ALL’ART. 3 DEL BANDO PER ESSERE

AMMESSO A PARTECIPARE ALLA SELEZIONE, CHE DI SEGUITO SI INDICANO (indicare ciascun titolo completo di tutti gli estremi identificativi, non solo ai fini della verifica, ma anche soprattutto ai fini dell’opportuna valutazione di ciascuno di essi: per l’effetto dovrà essere indicato anche il punteggio dei titoli di studio posseduti, la data del conseguimento e l’Università presso la quale è stato conseguito, indicare l’equipollenza del titolo del conseguito all’estero):

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

CHE NON SUSSISTONO CAUSE LIMITATIVE DELLA CAPACITA’ DEL/LA SOTTOSCRITTO/A DI SOTTOSCRIVERE CONTRATTI CON LA PUBBLICA

AMMINISTRAZIONE E DI ESPLETARE L’INCARICO OGGETTO DELLA SELEZIONE (affermazione attestata dal fatto che viene barrato dal/dalla candidato/a il “sì” di seguito indicato):

☐ SI’

Si allega alla presente domanda:

una fotocopia leggibile, debitamente firmata, di un documento di identità in corso di validità (obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione)

Allegati “B”, “C”, “D” ed “E” debitamente compilati e firmati

curriculum vitae, in cui evidenziare i requisiti richiesti che li rendano idonei alla presentazione della domanda, debitamente firmato;

Il/la sottoscritto/a, con la sottoscrizione della presente domanda, dichiara di accettare tutto quanto è disposto e previsto nell’avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Facoltà non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento degli stessi, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o, comunque, imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente le eventuali variazioni del recapito sopra indicato che dovessero intervenire successivamente alla data di presentazione della presente domanda.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali in cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell’art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, qualora la Facoltà, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall’Università per assolvere gli scopi istituzionali e gli adempimenti connessi alla gestione della procedura selettiva.

Luogo e data ……………………………….. Firma[[1]](#footnote-1)…………………….……………

**Allegato B**

Al Preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria

Università di Roma "La Sapienza"

Viale Regina Elena, 324 - 00161 ROMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(ART. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii.)**

Il/La sottoscritto/a

codice fiscale n.

DICHIARA

Di essere nato/a a …………………… il ………………………., di essere residente in ……………….. alla via ………………………………….., di essere cittadino italiano,

di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili ai fini della presente procedura di selezione:

* ………………………………………………………….
* ………………………………………………………….
* ………………………………………………………….
* ………………………………………………………….

Data..............................

Firma del dichiarante

..........................................................

Informativa ai sensi dell’art. 10 della l.31/12/1996 n.675: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell’ambito delle attività istituzionali dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, titolare del trattamento. Al Titolare competono i diritti di cui all’art.13 della l.675/96.

AVVERTENZE:

1. Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art.76 DPR 28/12/2000 n. 445)

2. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 DPR 28/12/2000 n. 445).

**Allegato D**

Al Preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria

Università di Roma "La Sapienza"

Viale Regina Elena, 324 - 00161 ROMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000 E SS.MM.II.**

**Informazioni di cui all’art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino della, da parte delle strutture in indirizzo, disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)**

Con la presente il/la sottoscritto/a

Cognome ……………………….

Nome …………………………………………….…...

Nato/a a ………………………

e residente a ……………………….via ……………………………………………..………… n.

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D. P. R. n. 445/2000 e ss. mm. ii, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara per le finalità di cui all’art. 15, comma 1 lett. c) del Decreto Legislativo 33/2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) di

* non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, né di svolgere attività professionali.

Ovvero

di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

…………………….

…………………....

Il/la sottoscritto/a unisce alla presente la fotocopia del seguente documento di identità:

………………………….n. …… rilasciato da……… il ……...

Data..............................

Firma del dichiarante

1. La firma è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione, e deve essere leggibile [↑](#footnote-ref-1)