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

Al Preside della Facoltà di Farmacia e Medicina

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.L.vo 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)…………………….……………

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