**ALLEGATO B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(ART. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

Il sottoscritto/a …………………………………………………...…nato/a…………………. il ………………………….…….. a ……………………..……….……… (Prov. …………..) con codice fiscale ……………………………………………….., consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e ai sensi dell’art. 22 della Legge 240/2010, con riferimento alla domanda di partecipazione al Bando n. 45/2021,

**DICHIARA**

□ di usufruire del dottorato di ricerca senza borsa di studio dal ……………..…...... al ….……………..…… (totale mesi/anni ……………..…………) presso ………………....……………

□ di essere stato titolare di assegno di ricerca, ai sensi dell’art. 22 della Legge 240/2010:

dal ………….……………….... al …………..………………… (totale mesi/anni ……………...…)

presso …………...…………………………………………………………………………………

dal ………….……………….... al …………..………………… (totale mesi/anni ……………...…)

presso …………...…………………………………………………………………………………

dal ………….……………….... al …………..………………… (totale mesi/anni ……………...…)

presso …………...…………………………………………………………………………………

dal ………….……………….... al …………..………………… (totale mesi/anni ……………...…)

presso …………...…………………………………………………………………………………

dal ………….……………….... al …………..………………… (totale mesi/anni ……………...…)

presso …………...…………………………………………………………………………………

□ di non essere mai stato titolare di assegno di ricerca, ai sensi dell’art. 22 della Legge 240/2010.

□ di essere stato titolare di contratto di ricercatore a tempo determinato, ai sensi dell’art. 24 della Legge 240/2010:

dal ………….……………….... al …………..………………… (totale mesi/anni ……………...…)

dal ………….……………….... al …………..………………… (totale mesi/anni ……………...…)

dal ………….……………….... al …………..………………… (totale mesi/anni ……………...…)

dal ………….……………….... al …………..………………… (totale mesi/anni ……………...…)

□ di non essere mai stato titolare di contratto di ricercatore a tempo determinato, ai sensi dell’art. 24 della Legge 240/2010:

Indicare eventuali periodi trascorsi in aspettativa per maternità o per motivi di salute secondo la normativa vigente ……………………………………………………………………….

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Reg. UE 679/2016 e al d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data ………………………………….. Firma ……………..……………………………