# MODELLO A

Spett.le Facoltà di Farmacia e Medicina Viale Regina Elena, 324, 00161 - Roma

…..l….sottoscritt……………………………………………………..................... nat…..a……………………… (prov.di……) il………………… codice fiscale ………………………………………… P.Iva …………………………………… e residente in…………..………………………………….. (prov.di…………) cap………….. via…………………………………………………………………………………………………………………….. n…………….

# CHIEDE

di essere ammess…. a partecipare alla procedura di valutazione comparativa per il conferimento di un incarico di lavoro autonomo per lo svolgimento dell’attività di “**DOCENZE ESTERNE 2023-2024 AREA PROFESSIONI SANITARIE CLASSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOC \_\_\_\_\_\_\_/23**” prot. n. ………………. del …………………………….. modulo di insegnamento………………………………………………………………………. per il corso di studi……………………………………………………….

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità che:

* 1. è in possesso di cittadinanza………………………….
	2. non ha riportato condanne penali e non ha procedimenti penali in corso (a);
	3. è in possesso del diploma di laurea in ……………………..conseguito in data……………….. presso l’Università di……………..……….con il voto di………………… (oppure del titolo di studio straniero di……………….conseguito il

………………… presso…………….e riconosciuto equipollente alla laurea italiana in dall’Università

di………………….in data… );

* 1. (dichiarazione eventuale) è in possesso del diploma di dottore di ricerca in………………………. conseguito in data…….., presso l’Università di… sede amministrativa del dottorato;
	2. non ha un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente alla Facoltà di Farmacia e Medicina, ovvero con il Magnifico Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”;
	3. elegge il proprio domicilio in (città, via, n. e cap)

tel… e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni;

* 1.  il sottoscritto **NON È** dipendente di una Pubblica Amministrazione

 il sottoscritto **È** dipendente della Pubblica Amministrazione

Allega alla domanda i seguenti titoli valutabili:

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea;
2. dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolo di dottore di ricerca;
3. dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell’atto di notorietà di tutti i titoli scientifici che ritiene valutabili ai fini della procedura di valutazione comparativa;
4. *curriculum vitae* redatto in conformità al vigente modello europeo e in formato pdf aperto - D.lgs. 33/2013

(artt. 10, 14, 15, 15bis, 27), datato e firmato.

Allega, inoltre, alla domanda la fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Ai sensi delle notifiche, introdotte con l’art. 15, co. 1, della legge 12 novembre 2011 n.183, alla disciplina dei certificati e delle dichiarazioni sostitutive contenute nel D.P.R. 445/2000, **le Pubbliche Amministrazioni non possono più richiedere né accettare atti o certificati contenenti informazioni già in possesso della P.A.** Pertanto, **saranno ammesse e considerate valide le sole dichiarazioni sostitutive di certificazione** presentate ai sensi dell’art. 46 del D.P.R.445/2000.

Data………………………. Firma… (da non autenticare) (b)

1. In caso contrario indicare le condanne riportate, la data di sentenza dell’autorità giudiziaria che l’ha emessa, da indicare anche se è stata concessa amnistia, perdono giudiziale, condono, indulto, non menzione ecc., e anche se nulla risulta sul casellario giudiziale. I procedimenti penali devono essere indicati qualsiasi sia la natura degli stessi.
2. Apporre la propria firma in calce alla domanda; la stessa non dovrà essere autenticata da alcun pubblico ufficiale.

# ALLEGATO C

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI LAUREA (art. 46 DPR 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritto …………………………………………………………………………………………. nato a ………………….………………..………… (……….) il ,

residente a ………………………………………………………………………………. (… ) in

via/piazza/corso ……………………………………….…………….. n , consapevole del

fatto che le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (art. 476 e ss c.p.) e delle leggi speciali in materia,

# DICHIARO

di aver conseguito la laurea in ………………………………………………………………………. presso l’Università degli Studi di …………………………………………………………………..... in data …………………………………………....

voto di laurea …………………………………… (luogo e data) ………………………………….

…………………………………………………………

(firma leggibile e per esteso)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 — D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/Lasottoscritto/a.............................................................................................................

nato/a a…………….......................................(.........) il ......................... codice fiscale ,

attualmente residente a ………………...................................... via ……………….............................................., c.a.p ,

telefono ai sensi dell’art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste

dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, e della

decadenza immediata dalla eventuale attribuzione dell’incarico di collaborazione esterna

# DICHIARA

che i documenti, l’elenco dei titoli e l’elenco delle pubblicazioni di seguito indicati e allegati alla presente dichiarazione sono conformi all’originale:

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

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

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

Dichiara inoltre di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento europeo n. 679/2016, i dati personali saranno trattati, con strumenti cartacei e/o con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la seguente dichiarazione viene resa.

...............li..................... Il/La Dichiarante (1).....................................

(si allega fotocopia non autenticata del documento di identità)

nat\_ il , a ¬ (prov. ) in qualità

di per le finalità di cui all’art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013

# DICHIARO

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’ art. 76 del citato

testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

* 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:

Io sottoscritt\_, unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

 , n. ,

rilasciato da il

Il sottoscritto dichiara inoltre che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con la Facoltà di Farmacia e Medicina ai sensi dell’art. 53, comma 14 del d.lgs. 165/2001 come modificato dalla legge n. 190/2012 e che non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità, ai sensi dell’art. 20 del d.lgs. 39/2013, a svolgere incarichi nell’interesse della Facoltà di Farmacia e Medicina.

Roma,

FIRMA

**OGGETTO**: Informazioni di cui all’art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) - Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente, io sottoscritt\_,

in qualità di per le finalità di cui all’art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013

# DICHIARO

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’ art. 76 del citato

testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

* 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 sottoscritto dichiara inoltre che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con la Facoltà di Farmacia e Medicina ai sensi dell’art. 53, comma 14 del d.lgs. 165/2001 come modificato dalla legge n. 190/2012 e che non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità, ai sensi dell’art. 20 del d.lgs. 39/2013, a svolgere incarichi nell’interesse della Facoltà di Farmacia e Medicina.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell’Ateneo, nella Sezione “Amministrazione trasparente”, nelle modalità e per la durata prevista dal d.lgs. n. 33/2013, art. 15.

Roma,

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

*(articoli 46 e 47 decreto del Presidente della Repubblica. 28 dicembre 2000, n. 445)*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) - CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ in relazione alla candidatura alla procedura selettiva per n. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** presso la Facoltà di Farmacia e Medicina di cui al bando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pubblicato nella pagina web del sito https://web.uniroma1.it/trasparenza/albo-pretorio

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 2000, nonché delle conseguenze previste dal D. Lgs. n. 8 aprile 2013, n. 39, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (articolo 75 decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 2000)

**DICHIARA**

**di non essere stato affidatario di incarichi di insegnamento per più di cinque** anni con il Facoltà di Farmacia e Medicina, come previsto dall’art. 8 comma 3 del Regolamento di Ateneo per le attribuzioni di attività didattiche, emanato con D.R. n. 1779/2019 del 7 giugno 2019.

Roma lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE