**Prot. n°……………del ……………..**

Al Dipartimento di

 Scienze medico chirurgiche e di

 Medicina traslazionale

Il/La sottoscritta/o……………………………………...nata/o a……………….

Il……………………….. , e residente a …………… in via……………………...

…………..n°……………Cap………………,

Codice fiscale………………………………………..

 **CHIEDE:**

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura di valutazione comparativa per il conferimento di un incarico di lavoro autonomo per lo svolgimento dell’attività di docenza per il master di …..livello in :

………………………………………………………………………..

Bando n . prot …………….. del ……………………….,

per il seguente insegnamento :

MATERIA…………………………………………………………………………………………………………….

Ore totali di lezione:………………

***A tal fine, ai sensi degli art.46/47 del DPR del 28.12.2000, n° 445 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del C.P. e dalle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità :***

1. Di essere in possesso di cittadinanza…………………………
2. Di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso in caso contrario indicare le condanne riportate………………………………..in data di sentenza dell’autorità giudiziaria che l’ha emessa………………….. o se è stata concessa:
* amnistia,
* condono
* perdono giudiziale,
* Indulto
* Non menzione
* Altro………………….
* Nulla risulta sul casellario giudiziale

**I PROCEDIMENTI PENALI DEVONO ESSERE INDICATI QUALSIASI SIA LA NATURA DEGLI STESSI**

1. Di essere in possesso del diploma di laurea in …………………………

 Conseguito in data……………………..presso l’università degli studi

di………………………………………………

con la seguente votazione……………

 O:

Titolo straniero di………………………………………conseguito in data………………………….. presso……………………………….e riconosciuto equipollente alla laurea italiana in………………………..

1. Di essere in possesso di diploma di Dottore di ricerca

in……………………………….. conseguito in data …………,

presso Università degli studi…………………………………sede amministrativa del Dottorato

1. dichiara di non avere grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso ,ovvero rapporto di coniugio, con un Professore appartenente al Dipartimento di scienze medico chirurgiche e di medicina traslazionale, ovvero con il Magnifico Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Università degli studi di Roma Sapienza;
2. elegge il proprio domicilio in ……………….

via……………………………………………..n°………………………

cap…………………………..telefono……………………………

indirizzo e mail al quale si intende ricevere informazioni sulla presente

procedura…………………………………………………….

 ***Allego alla domanda i seguenti titoli valutabili:***

* ***dichiarazione sostitutiva di certificazione diploma di laurea;***
* ***dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolo di Dottore di Ricerca;***
* ***dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell’atto di notorietà dei titoli scientifici valutabili ai fini della procedura di valutazione comparativa quali:………………………………………………***

***……………………………………………………………………***

* ***Curriculum Vitae datato e firmato;***
* ***Fotocopia di un documento di riconoscimento quale:***

***………………………………………rilasciato il………………………………..da………………………***

DATA FIRMA