



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 dilivello 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

- 3) 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.....

- 4) Di essere in possesso di diploma di Dottore di ricerca in..... conseguito in data



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

5) 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;

6) 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

