**ALLEGATO A**

*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE*

**Al Direttore del Dipartimento di Medicina Traslazionale e di Precisione**

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………

Codice fiscale…………………………………………………………………………………….

Recapito telefonico…………………………………………………………………………..

Indirizzo e-mail………………………………………………………………………………….

**CHIEDE**

di partecipare alla procedura selettiva pubblica, per titoli e colloquio, per l’attribuzione di 1 Borsa di Studio avente ad oggetto la seguente attività di ricerca…………………………….

………………………………………………………………………………………………………

Riferimento Bando BSR…………………..

**DICHIARA**

* di essere nato a ……………………….….prov…………………….il…………………………
* di essere residente in……………………………….Via………………………………………...
* di essere cittadino………………………………………………………………………………..
* di essere iscritto alla laurea magistrale/corso di dottorato di ricerca in …………………….
* di essere in possesso della laurea in ……………………………………………….
* conseguita in data…………………….con voto………………………….. presso l’Università di ……….……………………………………………discutendo una tesi in……………………….………..dal seguente titolo…………………………………………………………………………………………………..
* di essere in possesso del titolo di Dottore di Ricerca in ………..………………conseguito in data …………………………………….presso l’Università di…………………………………….. …
* di essere in possesso del diploma di specializzazione in ……….……….conseguito in data …………………………………….presso l’Università di………………
* di essere in possesso degli ulteriori seguenti titoli valutabili ai fini della presente procedura di selezione:
* …………………………….
* ……………………………..
* di avere le seguenti pubblicazioni scientifiche:
* ……………………………………………………
* Dichiara di non svolgere incarichi incompatibili con le borse di studio ai sensi dell’Art. 8 del Bando, ovvero ai sensi dell’art. 5 del Regolamento delle Borse di studio per attività di ricerca (DR 1622/2018)
* di non avere grado di parentela o affinità, fino al IV grado compreso, ovvero un rapporto di coniugio, con un professore appartenente al Dipartimento che bandisce la selezione, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Università.

Il sottoscritto allega alla presente domanda i seguenti documenti:

- Pubblicazioni ed altri titoli

- Eventuali attestati

- Curriculum vitae datato e firmato

- Fotocopia del documento di identità in corso di validità

- Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà (Allegato B)

- Informativa ai sensi del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali n. 679/2016 (GDPR) e della normativa nazionale vigente, il Dipartimento DISG informa i collaboratori/assegnisti di ricerca in merito all’utilizzo dei dati personali che li riguardano (All. C).

Data………………………… Firma…………………………………

AVVERTENZE: Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art.76 DPR 28/12/2000 n. 445) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 DPR 28/12/2000 n. 445).

Allegare fotocopia di documento di identità in corso di validità.

**ALLEGATO B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

Resa ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………..

Nato/a ………………………………………………………….il………………………………………….

Residente in……………………………………………………Via……………………………………….

Codice Fiscale…………………………………………………

Ai sensi dell’art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del medesimo DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ini indicate,

**DICHIARA**

che i titoli e le pubblicazioni di seguito riportate sono conformi agli originali

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data

IL/LA DICHIARANTE

(firma per esteso leggibile)