

Al Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico chirurgiche

Corso della Repubblica, 79 04100 LT

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

chiede

di essere ammess…. a partecipare all’avviso pubblico di selezione per il conferimento di incarichi di docenza e tutoraggio nell’ambito del master di II livello in “Medicina Estetica e Rigenerativa” per l’anno accademico a.a. 2022- 2023 (Prot n. 176 del 01.02.2023) per attività di :

* Docenza

Insegnamento: …………………………………………………………………………………………………….

SSD:……………………………………………………………………………………………………………….

*oppure*

* Tutoraggio

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…………);

4) (dichiarazione eventuale) è in possesso del diploma di dottore di ricerca in………………………. conseguito in data…….., presso l’Università di……………..sede amministrativa del dottorato;

5) non ha un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di ......................., ovvero con il Magnifico Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”;

6) scegliere l’opzione:

* il sottoscritto NON È dipendente di una Pubblica Amministrazione
* il sottoscritto È dipendente della Pubblica Amministrazione in servizio presso …………

7) scegliere l’opzione:

* di ESSERE iscritto una cassa di previdenza obbligatoria e specificare quale…………..;
* di NON essere iscritto ad una cassa di previdenza obbligatoria

8) scegliere l’opzione:

* di ESSERE titolare di P.IVA;
* di NON essere titolare di P.IVA

9) scegliere l’opzione:

* di ESSERE soggetto a contribuzione INPS
* di NON essere soggetto a contribuzione INPS

9) scegliere l’opzione:

* di ESSERE titolare di copertura assicurativa
* di NON essere titolare di copertura assicurativa

10) che non sussistono cause limitative della capacità del sottoscritto/a di sottoscrivere contratti con la pubblica amministrazione;

11) di voler ricevere le comunicazioni relative alla presente procedura selettiva al seguente indirizzo: …………………………………………………………… e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

Il/la sottoscritt\_ allega alla presente domanda:

1. curriculum vitae in formato europass datato e firmato;
2. dichiarazione di consenso alla pubblicazione del curriculum vitae (all.to 2);
3. dichiarazione art. 15 co. 1 lett. c) D. Lgs. 33/2013 (all.to 3);
4. dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, compilato e firmato (all.to 4);
5. informativa privacy, datata e firmata (all.to 5);
6. dichiarazione per affidamento di incarico, compilato e firmato ai sensi dell’art. 53, co. 14 D. Lgs 165/2001 (all.to 6);
7. fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Allega inoltre 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.

Il/la sottoscritt\_ si impegna a richiedere la prevista autorizzazione allo svolgimento dell’incarico di tutoraggio al proprio ente di appartenenza, in caso risulti affidatario dell’incarico in oggetto e a consegnarla alla Segreteria Amministrativa, prima dell’espletamento dell’incarico.

Il/la sottoscritt\_ esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del GDPR 679/16 - Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali, per tutti gli adempimenti connessi alla presente procedura.

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

a) 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.

b) Apporre la propria firma in calce alla domanda; la stessa non dovrà essere autenticata da alcun pubblico ufficiale.

*Università degli Studi di Roma “La Sapienza”*

*Dipartimento di Scienze e biotecnologie medico-chirurgiche*

*CF 80209930587 PI 02133771002*

*Corso della Repubblica,79 – 04100 LATINA*

*T (+39) 0773 1757212*

*DSBMC@uniroma1.it*