

Al Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico chirurgiche

 Corso della Repubblica, 79 04100 LT

Il/La sottoscritto/a……………………………………………….nato/a………………………………….. (prov.di……) il…………………e residente in…………..…………………………………………………. (prov.di…………) cap………….. via………………………………………………………………………………………….. n…………….

**CHIEDE**

di essere ammesso/a partecipare all’avviso pubblico di selezione per il conferimento di incarichi di docenza nell’ambito del master ………………………………………………………………………………………per attività di :

* **Docenza**

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

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

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/laurea specialistica/laurea magistrale 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 Scienze e Biotecnologie medico - chirurgiche, 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 È dipendente di un’Amministrazione Pubblica o Privata in servizio presso……………………

 (previa autorizzazione allo svolgimento dell’incarico di tutoraggio del proprio ente di appartenenza)

* il sottoscritto NON è dipendente di un’Amministrazione Pubblica o Privata

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 iscritto alla gestione separata dell’INPS
* di NON essere iscritto alla gestione separata dell’INPS

10) scegliere l’opzione:

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

11) scegliere l’opzione:

* di ESSERE iscritto a corso di dottorato di ricerca (previa autorizzazione del Collegio dei docenti)
* di NON essere iscritto a corso di dottorato di ricerca

12) scegliere l’opzione:

* di ESSERE titolare di assegno di ricerca (previa autorizzazione del Dipartimento di afferenza)
* di NON essere titolare di assegno di ricerca

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

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

Il/la sottoscritto/a allega alla domanda i seguenti titoli valutabili:

1. curriculum vitae in formato Europass datato e firmato;
2. dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea;
3. dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolo di dottore di ricerca;
4. dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell’atto di notorietà di tutti i titoli scientifici che ritiene valutabili ai fini della procedura di valutazione comparativa.
5. fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a 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*