|  |
| --- |
| MODELLO A   |  |  | | --- | --- | |  | A  Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare Sapienza Università di Roma |   *SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DA REDIGERSI SU CARTA LIBERA NOTA BENE: NELL’ OGGETTO DELL’ E-MAIL O DELLA BUSTA DOVRÀ ESSERE RIPORTATA LA DICITURA:*  **"CONCORSO PER INCARICO DI LAVORO AUTONOMO N. Bando n. 27 del 30/11/2023"**  Indicare di seguito la denominazione, come da bando, dell'incarico per cui si concorre:    ............................................................................................................................................  Il/La sottoscritto/a . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . nato/a a . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . (Prov. . . . ) il . . . . . . . . . . residente a . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . (Prov. . . . ) Cap . . . . . . . . . . in Via . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . casella e-mail di contatto . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  chiede  di essere ammesso/a a partecipare alla procedura di valutazione comparativa per il conferimento di 7 incarichi di lavoro autonomo per lo svolgimento del seguente Master: Docenze Master in Citopatologia Diagnostica e screening di popolazione a.a. 2023 2024 - n. Bando n. 27 del 30/11/2023  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. **(eventuale)** 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. **(eventuale)** è in possesso del diploma di Master in . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . conseguito in data . . . . . . . . . . presso l’Università di . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . con il voto di . . . . . . . . . . ; 5. **(eventuale)** è in possesso del diploma di dottore di ricerca in . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . conseguito in data . . . . . . . . . . , presso l’Università di . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . sede amministrativa del dottorato; 6. non ha un grado di parentela o affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente a Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare, ovvero con la Rettrice, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”; 7. elegge il proprio domicilio in . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . (città, via, n. e cap.) tel. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni;   Allega alla domanda i seguenti titoli valutabili:   1. **(eventuale)** dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea; 2. **(eventuale)** dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di Master; 3. **(eventuale)** dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolo di dottore di ricerca; 4. dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell’atto di notorietà di tutti i titoli che ritiene valutabili ai fini della procedura di valutazione comparativa; 5. curriculum vitae in formato europeo datato e firmato.   Allega, inoltre, alla domanda la fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.  Luogo e data . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Firma (non soggetta ad autentica ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)   . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  *(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.* |