

Al Direttore del MASTER in
TRATTAMENTO PRE-OSPEDALIERO E INTRAOSPEDALIERO DEL POLITRAUMA
Dipartimento di Chirurgia P. Valdoni
Sapienza Università di Roma
Viale del Policlinico, 155
00161 Roma

Io Sottoscritto

Nato a..... il.....

Codice Fiscale:.....

Qualifica Professionale.....

Ente di appartenenza

chiedo di poter partecipare alle procedure comparative per l'affidamento di un incarico di

insegnamento Argomento/i:

.....
(SSD)..... nell'ambito del Master di .. Livello in di cui al
bando del codice bando

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R.28.12.2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R.445 del 28.12.2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

1) di aver conseguito il diploma di Laurea in

2) di essere in possesso dei seguenti titoli:

.....;
.....;
.....;
.....;

3) di essere cittadino

4) di non aver mai riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
OPPURE di aver riportato la seguente condanna emessa dal
..... in data oppure avere in corso i seguenti
procedimenti penali pendenti

5) di non avere un grado di parentela o affinità fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Centro che bandisce la selezione, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza";

6) di voler ricevere le comunicazioni relative alla presente procedura selettiva al seguente indirizzo di posta elettronica

Il sottoscritto allega alla presente domanda (ALL.1), in formato **PDF**:

- Curriculum professionale sintetico riportante i titoli finalizzati alla partecipazione alla presente procedura, redatto in formato europeo. Tale curriculum dovrà essere **esente da dati sensibili** (in particolare andranno riportati solo i contatti telefonici e indirizzi mail professionali)*;
- Copia fronte retro di un documento di identità;
- Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. (ALL. 2);

Il sottoscritto si impegna a richiedere la prevista autorizzazione allo svolgimento dell'incarico al proprio ente di appartenenza in caso risulti affidatario dell'incarico in oggetto.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data

Firma
(non soggetta ad autentica ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28.12.2000, n445)

N.B.

Tutta la documentazione, in formato pdf, dovrà essere inviata esclusivamente via mail all'indirizzo di posta elettronica mastervaldoni@uniroma1.it entro i termini previsti dal bando. Nell'oggetto della mail dovrà essere indicato il codice del Bando ed il NOME e COGNOME del partecipante.