

Allegato "A" domanda in carta semplice

NOTA BENE: SULL'OGGETTO DELL'EMAIL OVVERO SULLA BUSTA (IN CASO DI RACCOMANDATA A.R. O CONSEGNA A MANO) DOVRA' ESSERE RIPORTATA LA DICITURA "CONCORSO PER ASSEGNO DI RICERCA - BANDO AR n.....".

AL Direttore del Dipartimento
Medicina Interna e Specialità Mediche
S E D E

Il/la sottoscritto/a nato/a a.....,
il....., residente in, Via
c.a.p.....

CHIEDE

Di essere ammesso/a a partecipare alla procedura selettiva, per titoli e colloquio, per il conferimento di un assegno di ricerca per il seguente progetto di ricerca
.....
settore scientifico disciplinare presso il Dipartimento di Medicina interna e Specialità Mediche di cui al bando prot. n. Del

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.20000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del sopra citato DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

- 1) Di aver conseguito il diploma di laurea in
- 2) **(In caso di assegno di Categoria B tipo 1)** : di possedere il curriculum scientifico professionale idoneo allo svolgimento dell'attività di ricerca;
(in caso di assegno di Categoria B tipo 2): di essere in possesso del seguente titolo di dottore di ricerca (PostDoc) in
- 3) Di essere cittadino
- 4) Di non aver mai riportato condanne penali e di non aver in corso procedimenti penali in corso oppure di aver riportato la seguente condanna emessa dal in data..... Oppure avere in corso i seguenti procedimenti pendenti
- 5) Di non essere titolare di altre borse di studio a qualsiasi titolo conferite o di impegnarsi a rinunciarvi in caso di superamento della presente procedura selettiva ; di non essere iscritto a Corsi di Laurea, Laurea specialistica o magistrale, dottorato di ricerca con borsa o specializzazione medica, in Italia o all'estero, Master universitari;
- 6) Di non essere dipendente di ruolo dei soggetti di cui all'art. 22, comma 1, della L. 240/10;
- 7) Di non avere un grado di parentela o affinità , fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento che bandisce la selezione, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione de "La Sapienza" Università di Roma;
- 8) Di voler ricevere le comunicazioni relative alla presente procedura selettiva al seguente indirizzo di posta elettronica:

I candidati portatori di handicap, ai sensi della Legge 5 febbraio 1992 n. 104 e successive modifiche, dovranno fare esplicita richiesta, in relazione al proprio handicap, riguardo l'ausilio necessario per poter sostenere i colloquio.

Il sottoscritto allega alla presente domanda, in formato PDF:

- 1) fotocopia di un documento di riconoscimento;

- 2) dichiarazione relativa all'eventuale fruizione del dottorato di ricerca senza borsa e/o attività svolta in qualità di assegnista di ricerca (Allegato B);
- 3) dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea con data di conseguimento, voto e indicazione delle votazioni riportate nei singoli esami di profitto;
- 4) **(eventuale)** dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolo di dottore di ricerca o titolo equivalente anche conseguito all'estero ovvero per i settori interessati, il titolo di specializzazione di area medica corredato di un'adeguata produzione scientifica;
- 5) dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell'atto di notorietà dello svolgimento di attività lavorativa presso enti pubblici/privati;
- 6) dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell'atto di notorietà dei titoli che si ritengono utili ai fini del concorso (diplomi di specializzazione, attestati di frequenza di corsi di perfezionamento post-laurea, conseguiti in Italia o all'estero, borse di studio o incarichi di ricerca conseguiti sia in Italia che all'estero, etc.);
- 7) curriculum della propria attività scientifica e professionale datato e firmato;
- 8) eventuali pubblicazioni scientifiche;

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

Data.....

Firma

(non soggetta ad autentica ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000)

Allegato "B" in carta semplice

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 DPR n. 445 del 28.12.2000)

Io sottoscritto/anao/a ila
....., codice fiscale

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000 ed ai sensi dell'art. 22 della L. 240/2010

DICHIARO

- a. Di usufruire del dottorato di ricerca senza borsa di studio dalal
.....(totale mesi/anni) presso il
.....,
- b. Di essere stato titolare di assegno di ricerca, ai sensi dell'art. 22 della Legge 240/2010:
dal al(totale mesi/anni) presso il
.....,
dal al(totale mesi/anni) presso il
.....,
dal al(totale mesi/anni) presso il
.....,
- c. Di non essere mai stato titolare di assegno di ricerca, ai sensi dell'art. 22 della Legge 240/2010,
- d. Di essere stato titolare di contratto di ricercatore a tempo determinato, ai sensi dell'art. 24 della Legge 240/2010:
dal al(totale mesi/anni) presso il
.....,al al
.....(totale mesi/anni) presso il
.....,
- e. Di non essere mai stato titolare di contratto di ricercatore a tempo determinato, ai sensi dell'art. 24 della Legge 240/2010.

Indicare eventuali periodi trascorsi in aspettativa per maternità o per motivi di salute secondo la normativa vigente :

Dichiaro, altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto legislativo n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma.....

Allegato "D" in carta semplice

Al Direttore del Dipartimento
di Medicina Interna e Specialità Mediche
V.le del Policlinico 155
00161 Roma

Oggetto: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/13 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni).

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. N. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente, io sottoscritto/a , _____,
nato/a il _____ , a _____ , prov. _____
per le finalità di cui all'art. 15 c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/13

dichiaro

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti edichairazioni mendaci ivi indicate,

- di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

ovvero

- di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

Io sottoscritto/a unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

_____ n. _____
rilascato da _____ il _____

Roma,

Il dichiarante

Allegato "D1 (*)" in carta semplice

Al Direttore del Dipartimento
di Medicina Interna e Specialità Mediche
V.le del Policlinico 155
00161 Roma

Oggetto: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/13 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni).
Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. N. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente, io sottoscritto/a , _____,
per le finalità di cui all'art. 15 c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/13

dichiaro

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti edichairazioni mendaci ivi indicate,

- di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

ovvero

- di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

Io sottoscritto/a unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

_____ n. _____
rilascato da _____ il _____

Roma,

Il dichiarante
