

Allegato A

Al Dipartimento di Scienze Mediche
Traslazionali
c/o Segreteria Amministrativa
Via Leonardo Bianchi,
c/o Ospedale Monaldi
80131 Napoli

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso_ a partecipare alla procedura di valutazione, per titoli e colloquio, diretta al conferimento a soggetti esterni di n. 1 (uno) incarico di _____ – indetta con D.D. n. _____ del _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

- consapevole che questa Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese
- consapevole che qualora le sottoindicate dichiarazioni dovessero risultare, anche parzialmente, non conformi al vero, sarà escluso dalla procedura selettiva
- consapevole, altresì, della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del predetto D.P.R.

DICHIARA

- che i propri dati anagrafici sono i seguenti:

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

nat_ a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____

cittadinanza _____ residente a _____ Prov. _____

_____ in Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dal bando;
- di essere fisicamente idoneo all'attività da svolgere;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non essere interdetto dai pubblici uffici in base a sentenza passata in giudicato;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità, ai sensi di legge, a svolgere l'attività di ricerca mediante borsa di studio assegnata dal Dipartimento;
- di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo;
- di essere non essere dipendente dello Stato, di Enti pubblici o Privati;

(se dipendente pubblico) di impegnarsi a collocarsi in congedo straordinario per motivi di studio senza assegni;

- di essere in possesso della Laurea

_____ in data _____
con votazione ____/____;

- di essere in possesso dei seguenti altri titoli e/o esperienze lavorative (specificare ed allegare curriculum vitae) e che gli stessi – qualora allegati in copia – sono conformi agli originali:

- di presentare, ai fini della valutazione, le sottoelencate pubblicazioni:

e che le n. pubblicazioni, ove presentate in copia, sono conformi agli originali;

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e ss. mm., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa.

- di accettare pienamente le condizioni riportate nel bando e di essere pienamente consapevole della natura del rapporto.

(Luogo e Data) _____

Firma

Allega:

- curriculum vitae di studi e professionale unitamente a copia di un valido documento di riconoscimento
- pubblicazioni/altri titoli
- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni (*indicare solo se diverso dalla residenza*):

presso _____

Città _____ prov. _____ c.a.p. _____

Via _____

Allegato B

Al Dipartimento di Scienze Mediche
Traslazionali
c/o Segreteria Amministrativa
Via Leonardo Bianchi,
c/o Ospedale Monaldi
80131 Napoli

Oggetto: manifestazione di interesse allo svolgimento dell'attività _____

nell'ambito del progetto _____

_____ (bando prot. _____)

Il sottoscritt _____

Codice fiscale _____ nat_ a

_____ Prov. _____ il ____ / ____ / _____

cittadinanza _____ residente a _____

Prov. _____ in Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

in servizio presso _____

tel _____ inquadrato nella cat. _____ area _____

- consapevole che questa Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese

- consapevole che qualora le sottoindicate dichiarazioni dovessero risultare, anche parzialmente, non conformi al vero, sarà escluso dalla procedura selettiva

- consapevole, altresì, della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del predetto D.P.R.

Dichiara

- di essere disponibile a prestare l'attività descritta nel bando prot. n. _____ del _____ durante l'orario di servizio ed a titolo gratuito;
- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dal bando;
- di essere fisicamente idoneo all'attività da svolgere;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non essere interdetto dai pubblici uffici in base a sentenza passata in giudicato;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità, ai sensi di legge, a svolgere l'incarico mediante stipula di un contratto di diritto privato con il Dipartimento;
- di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo;
- di essere in possesso della Laurea _____ conseguita presso _____ in data _____ con votazione ____/____;
- di possedere esperienza professionale qualificata maturata presso questo Ateneo o altri enti pubblici o organizzazioni private coerenti con il profilo ricercato (così come documentate nel curriculum);
- di essere in possesso dei seguenti altri titoli e/o esperienze lavorative (specificare ed allegare curriculum vitae) e che gli stessi – qualora allegati in copia – sono conformi agli originali:

- di presentare, ai fini della valutazione, le sottoelencate pubblicazioni:

e che le n. pubblicazioni, ove presentate in copia, sono conformi agli originali;

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa.

- di accettare pienamente le condizioni riportate nel bando e di essere pienamente consapevole della natura autonoma ed occasionale del rapporto lavorativo che si instaurerà a seguito della sottoscrizione del contratto di lavoro professionale.

(Luogo e Data) _____

Firma

Allega:

- curriculum vitae di studi e professionale unitamente a copia di un valido documento di riconoscimento e prende atto che, ai sensi dell'art. 15 del D. Lgs. n. 33/13, i dati contenuti in esso saranno oggetto di pubblicazione sulla pagina web di Ateneo dedicata alla trasparenza
- pubblicazioni/altri titoli
- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni (indicare solo se diverso dalla residenza):

presso _____

Città _____ prov. _____

c.a.p. _____

Via _____ n. _____

NULLA OSTA DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA

Il sottoscritto _____ responsabile della
Struttura _____ alla
quale afferisce il dott. _____ autorizza il trasferimento
temporaneo / mobilità parziale del dipendente per mesi _____ presso il dipartimento
_____ senza ulteriore
richiesta di sostituzione dello stesso.

Timbro e firma

Allegato C)

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche
Traslazionali dell'Università degli Studi della
Campania "Luigi Vanvitelli"
dip.scienzemedichetraslazionali@pec.unicampania.it

OGGETTO: Dichiarazione di presa d'atto della modalità telematica per lo svolgimento della procedura selettiva per il conferimento di un incarico di collaborazione professionale per attività di supporto alla ricerca "Chirurgia Valvolare e Aortica" (Responsabile scientifico: Prof.ssa Marisa De Feo) per l'esecuzione della seguente prestazione "Analisi dati raccolti ed implementazione database del progetto per la validazione statistica dello studio" emanato con Decreto protocollo n. _____ del _____ Repertorio n. _____.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a

_____ (_____) il ____/____/____

DICHIARA

- di prendere atto ed accettare che il colloquio del concorso in oggetto si svolga in modalità telematica;
- di essere consapevole che il collegamento deve essere audio e video;
- che il proprio contatto telefonico è _____;
- che il proprio contatto telematico è _____, considerando che la modalità indicata è _____;
- che il proprio indirizzo di posta elettronica è _____;
- di impegnarsi ad essere sempre reperibile nel corso dell'espletamento della prova concorsuale mediante i predetti contatti e a comunicare alla commissione immediatamente, mediante qualsiasi mezzo idoneo, eventuali impedimenti sopravvenuti non dipendenti dalla propria volontà;
- di essere consapevole delle proprie responsabilità penali e civili, impegnandosi ad astenersi da qualsiasi comportamento che possa direttamente o indirettamente pregiudicare il regolare svolgimento della procedura concorsuale.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento.

Data _____

Luogo _____

Il dichiarante

*

*Si prega di firmare per esteso