

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

Allegato 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 d. P. R. n. 445/2000)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 d. P. R. n. 445/2000)
(DA COMPILARE IN STAMPATELLO)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA, PER SOLI TITOLI, DI CUI AL D.D. N. _____ DEL _____ (PROT. N. _____ DEL _____) AI FINI DELL'INDIVIDUAZIONE DEL COORDINATORE DELLA ATTIVITA' TEORICO PRATICHE E DI TIROCINIO DEL CDL IN INFERMIERISTICA

Il/La sottoscritt _____,

CHIEDE:

di partecipare alla selezione pubblica, per soli titoli, diretta alla nomina di Coordinatore della Attività Teorico Pratiche e di Tirocinio, per il Corso di laurea in Infermieristica, afferente al Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali.

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 _____

Indirizzo pec _____

- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dal bando;

in particolare

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui al presente bando;
- di essere cittadino straniero in regola con le vigenti disposizioni in materia di permesso di soggiorno;
- di accettare pienamente le condizioni riportate nel bando

Allega alla presente:

- copia di un valido documento di riconoscimento;

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia.

LUOGO _____ DATA _____

FIRMA *

* La sottoscrizione della domanda è obbligatoria pena l'esclusione dalla procedura valutativa. Ai sensi dell'art.39 del DPR 28 dicembre 2000 – n°445, non è richiesta l'autenticazione della sottoscrizione della domanda.