

## Fac-simile di modulo per i dipendenti Ateneo

Al Direttore del Dipartimento di  
Scienze Mediche e Chirurgiche  
Avanzate

Oggetto: Manifestazione di interesse allo svolgimento dell'attività \_\_\_\_\_ di

“

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ c/o il Dipartimento di  
Scienze Medico e Chirurgiche Avanzate (bando prot. \_\_\_\_\_)

I \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

(matr. \_\_\_\_\_), nato/a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ in servizio presso

\_\_\_\_\_ (tel. \_\_\_\_\_) mail

\_\_\_\_\_ inquadrato nella

cat. \_\_\_\_\_ area \_\_\_\_\_

## DICHIARA

di essere disponibile a prestare l'attività descritta nel bando prot n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, durante l'orario di servizio ed a titolo gratuito;

di possedere il seguente **TITOLO DI STUDIO:**

\_\_\_\_\_

Conseguito in data

	Voto:
--	-------

- di NON essere parente o affine (fino al quarto grado compreso) con un professore appartenente alla struttura che richiede la stipula ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo;
- di possedere esperienze e competenze professionali qualificate di almeno \_\_\_\_\_ maturate presso enti pubblici o organizzazioni private in relazione all'oggetto del contratto \_\_\_\_\_;
- di possedere adeguata conoscenza della lingua italiana (se cittadino straniero);
- non aver riportato condanne penali e/o di non aver procedimenti penali pendenti tali da determinare situazioni di incompatibilità con l'incarico da espletare. In caso contrario indicare quali \_\_\_\_\_;

Essere portatore di handicap

SI
NO

e avere necessità del seguente ausilio \_\_\_\_\_

Altresì specifico quanto segue:

**→ motivazioni:**

---

---

---

**→ attività lavorative svolte presso l'attuale sede di servizio:**

---

---

---

di aver dettagliato nel curriculum vitae, la durata, la tipologia, la natura dell'esperienza professionale richiesta nel bando di selezione nonché ogni altro elemento comprovante le capacità a svolgere le attività oggetto dell'incarico (ad es. lettere di referenze, ecc.).

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

.....

Telefono .....

Indirizzo mail.....

Il/La sottoscritto/a allega alla presente istanza copia fotostatica di un valido documento di identità in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto Regolamento (UE)2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 ss.mm.ii per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data,

Firma

Allega alla presente istanza il proprio curriculum vitae **datato e sottoscritto** e dichiara che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e che le eventuali fotocopie allegate sono conformi all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000.

Allega alla presente istanza il nulla osta della struttura di appartenenza.

Data,

Firma

**NULLA OSTA DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ RESPONSABILE DELLA  
STRUTTURA DI AFFERENZA DI \_\_\_\_\_  
AUTORIZZA IL TRASFERIMENTO TEMPORANEO / MOBILITA' PARZIALE DEL DIPENDENTE  
PER MESI \_\_\_\_\_ PRESSO LA STRUTTURA \_\_\_\_\_, SENZA  
ULTERIORE RICHIESTA DI SOSTITUZIONE DELLO STESSO.

DATA

.....

Firma e timbro