

Allegato C)

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche  
Traslazionali dell'Università degli Studi della  
Campania "Luigi Vanvitelli"

[dip.scienzemedichetraslazionali@pec.unicampania.it](mailto: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 \_\_\_\_\_  
di cui al 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