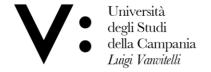
Prot. n. 184604 del 22/10/2025 - Repertorio: DDMS N. 770/2025



Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina Sperimentale

(Allegato 1)

Schema esemplificativo della domanda

(da redigere in carta semplice)

Al Direttore del Dipartimento di Medicina Sperimentale Via S. Maria di Costantinopoli 80138 - Napoli

11/1 (1	/									
II/Ia sotto	oscritto/a					il				
	e a									
indirizzo						с.а.р.				
	telefonico _									
recapito	mail									
				CHIED	E					
profession	ere ammess onale. da sv ella Campani	olgersi p	resso il Di _l	partimento	di Medicina Costantinop	Speriment	ale dell'L 0138 - N	Jniversità	degli	
	ito del proge								- - -·	
	tal fine, dic dichiarazioni 000:									
	che				adinanza	è	la	segu	iente:	
	di e		in			seque	nte	titolo	di	
	studio:						9			
	conseguito presso					in dat	:a		con	
	votazione		;							
	di aver	conse	guito il		accademico					
	di essere	ovvero d	non esser	e dipenden	; te pubblico;					
(I	Chirurgia Dipartimento di	uola di Medicina e irurgia Costantinopoli 16 partimento di 80138 Napoli T.: +39 081 5665834		oli 16 i	dimesp@unicampania.it dip.medicinasperimentale@pec.unicampania.it www.medicinasperimentale.unicampania.it					

F.: +39 081 5667689



	(solo per i dipendenti pubblici) di impegnarsi a produrre prima dell'inizio dell'attività oggetto del incarico;	
	di possedere l'idoneità fisica allo svolgimento del	।। वाराणावः;
	di non aver riportato condanne penali; di non essere interdetto/a dai pubblici uffici in ba	se a sentenza nassata in diudicato:
_	di eleggere agli effetti della procedura di valutazione	•
	viacittàca.ptel;	(F
	di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni	eventuale cambiamento della propria
	residenza o del recapito sopra indicato;	·
	di essere in possesso di tutti gli altri requisiti richiesti	dal bando.
attesta	alla presente domanda il curriculum vitae, debitam anti le esperienze e le attività di cui all'art. 5 del itive di certificazione (Allegato 2) e di atto di notorietà	bando di selezione e le dichiarazioni
propri 'esple	ottoscritt esprime, inoltre, il proprio consenso per dati personali forniti all'Amministrazione Universitaria tamento della procedura concorsuale, ai sensi de cenza che gli competono i diritti previsti dalla medesin	a direttamente per fini istituzionali e per I D. Lgs. n. 196/2003 e di essere a
	ottoscritt so in cui non si dia luogo al conferimento dell'incarico.	_ dichiara di rinunciare ad ogni pretesa
Luogo	e data,	
		Firma