



Allegato A

AL DIRETTORE DEL
**Dipartimento di
Neuroscienze, Biomedicina e
Movimento** dell'Università di
Verona
Policlinico "G.B. Rossi"
P.le L.A. Scuro, 10
37134 VERONA

Il sottoscritto

.....(1)
codice fiscale.....

chiede

DI ESSERE AMMESSO ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO DI DUE INCARICHI DI COLLABORAZIONE OCCASIONALE PER ATTIVITA' DI INTERPRETARIATO CON RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI NELL'AMBITO DEL PROGETTO DI IDENTIFICAZIONE DEL DISAGIO PSICOLOGICO E DI VALUTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI UN INTERVENTO PSICOSOCIALE, DELLA SEZIONE DI PSICHIATRIA DEL DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE, BIONEDICINA E MOVIMENTO DELL' ATENEIO DI VERONA.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. 445/2000),

dichiara:

- a) di essere nato il a
..... (Prov. di)
- b) di risiedere a(Prov.) in Vian. c.a.p.
..... telefono
- c) di essere cittadino
- d) di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali pendenti; ovvero di aver
riportato le seguenti condanne penali e/o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti:

.....
.....



UNIVERSITÀ
di VERONA

Dipartimento
di **NEUROSCIENZE,**
BIOMEDICINA E MOVIMENTO

e) di essere in possesso del seguente titolo di studio

.....conseguito in data presso
..... con la votazione di

f) di eleggere il proprio domicilio ai fini della presente selezione inprov.

..... cap..... via n.....
telefono.....

Allega alla presente un curriculum vitae ed un elenco delle eventuali pubblicazioni prodotte.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Università può utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione (D.Lgs n. 196 del 30.06.2003, art. 18).

Verona, Firma

-----Le
candidate coniugate devono indicare il cognome da nubile



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE e/o SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto

COGNOME _____

(per le donne indicare il cognome da nubile)

NOME _____ CODICE

FISCALE _____

NATO A _____

PROV. _____

IL _____ ATTUALMENTE RESIDENTE A

PROV. _____ INDIRIZZO _____ CAP

TELEFONO _____

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di formazione o uso
di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000**

dichiara:



UNIVERSITÀ
di **VERONA**

Dipartimento
di **NEUROSCIENZE,
BIOMEDICINA E MOVIMENTO**

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Università può utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione (D. Lgs. 196/2003, art. 18).

Luogo e data _____

Dichiarante _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.