

BANDO PER IL CONFERIMENTO DI N. 36 ASSEGNI PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ DI TUTORATO - DIDATTICHE-INTEGRATIVE PROPEDEUTICHE A.A. 2020/2021 (CODICE = FSGA_20)

Al Magnifico Rettore
 dell'Università degli Studi di
 Verona
 Via dell'Artigliere, 8
 37129 VERONA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – G.U. n. 42 del 20/02/2001)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome)

consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci – art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura di selezione per il conferimento di assegni per lo svolgimento di attività di tutorato, didattiche integrative propedeutiche di cui alla Legge 170/2003 - Bando per l'attribuzione di n. 36 assegni per attività di tutorato - didattiche integrative propedeutiche attivati dalla Scuola di Medicina e Chirurgia per l'a.a. 2020-2021 per la seguente tipologia di assegni:

- A1 A2 A3 A4

Nel caso di richiesta di partecipazione a più di una tipologia di assegno è necessario indicare nella tabella sottostante l'ordine di preferenza. L'ordine di preferenza determinerà il tipo di assegno attribuito.

Studenti CdLM Medicina e Chirurgia			Studenti CdLM Odontoiatria e Protesi Dentaria		
A1	<input type="checkbox"/> 1° scelta	<input type="checkbox"/> 2° scelta	A3	<input type="checkbox"/> 1° scelta	<input type="checkbox"/> 2° scelta
A2	<input type="checkbox"/> 1° scelta	<input type="checkbox"/> 2° scelta	A4	<input type="checkbox"/> 1° scelta	<input type="checkbox"/> 2° scelta

A tale fine (consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci - art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445):

DICHIARA

- di essere nato/a _____ Prov (_____) il _____
- di essere di nazionalità _____ e cittadinanza _____
- codice fiscale
- di essere regolarmente iscritto per l'a.a. 2019/2020 al Corso di Laurea Magistrale in _____ all' anno di corso _____
- di essersi immatricolato al suddetto Corso di Laurea nell'anno accademico _____

Il sottoscritto allega alla presente domanda i seguenti documenti ritenuti utili ai fini della procedura:

- copia documento di riconoscimento in corso di validità
- autocertificazione precedente esperienza di tutorato/didattica integrativa svolta in Ambito universitario

DICHIARA INOLTRE

Il sottoscritto indica i seguenti recapiti per le comunicazioni inerenti la presente procedura:

1) indirizzo e-mail al quale inviare le comunicazioni: _____

2) recapito telefonico:

telefono fisso _____ telefono cellulare _____

3) indirizzo postale: _____

Il sottoscritto _____ si impegna a fornire qualsiasi informazione inerente l'incarico ed a produrre qualsiasi documentazione richiesta nei tempi e nei modi segnalati successivamente dalla Direzione Didattica e Servizi agli Studenti – Area Medicina – UO Didattica e Studenti Medicina – lente Didattica del Policlinico “G.B. Rossi” – e si dichiara consapevole che, nel caso la domanda sia carente dei dati richiesti, la stessa non verrà considerata.

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata e che il trattamento è disciplinato ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

In fede _____

Verona, _____