



**UNIVERSITÀ  
di VERONA**

Scuola  
di **MEDICINA  
E CHIRURGIA**

Al Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia  
presso l'Università degli Studi di Verona  
Via dell'Artigliere, 8 37129 VERONA

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE PER ATTIVITÀ DIDATTICHE DI TIPOLOGIA D) E F) (SEMINARI MULTIDISCIPLINARI) NEI CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE PER L'A.A. 2018/2019.**

Il/La sottoscritto/a

---

(Cognome e Nome)

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione pubblica per il conferimento di incarichi di collaborazione per le attività didattiche di tipologia D) e F) (seminari multidisciplinari) per l'Anno Accademico 2018/19 relativamente a:

**Corso di laurea** \_\_\_\_\_

**Corso di laurea Magistrale** \_\_\_\_\_

**Sede/polo di** \_\_\_\_\_

**Titolo attività** \_\_\_\_\_

**per n. ore** \_\_\_\_\_

**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)

al fine di essere ammesso/a alla selezione pubblica per il conferimento degli incarichi di collaborazione per le attività didattiche di tipologia D) e F) (seminari multidisciplinari), 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 di cittadinanza \_\_\_\_\_
- codice fiscale
- partita IVA (per coloro che la posseggono) \_\_\_\_\_



- di possedere il seguente titolo di studio

\_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

- di essere residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

- di avere il Domicilio Fiscale (se diverso dalla residenza) in Via/Piazza

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

- di essere dipendente dell'Ente/Azienda sotto specificato:

\_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

- di possedere esperienza professionale

nell'ambito \_\_\_\_\_ da anni \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara di non avere un grado di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso con un professore appartenente alla Scuola di Medicina e Chirurgia o alla struttura che effettua la chiamata ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo, ai sensi dell'art. 18 lettere b) e c) della Legge n. 240/2010.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda:

- 1) curriculum vitae contenente la descrizione dell'esperienza professionale maturata;
- 2) fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- 3) dichiarazione art. 15;
- 4) scheda anagrafica;
- 5) per il personale tecnico amministrativo dell'Università l'autorizzazione del Responsabile della struttura.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data .....

Firma .....

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Università degli Studi di Verona a pubblicare sul sito web istituzionale dell'Ateneo il proprio curriculum vitae allegato alla presente domanda nella forma qui redatta, secondo quanto previsto dall'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013.

Verona, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)