

**BANDO PER IL CONFERIMENTO DI N. 35 ASSEGNII PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ DI TUTORATO - DIDATTICHE-INTEGRATIVE PROPEDEUTICHE A.A. 2020/2021 (CODICE = FSGB\_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:

**B1**       **B2**       **B3**

<b>B1</b>	<input type="checkbox"/>
<b>B2</b>	<input type="checkbox"/>
<b>B3</b>	<input type="checkbox"/>

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 aver conseguito il seguente titolo di studio

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
con votazione \_\_\_\_\_

- di essere regolarmente iscritto al Dottorato di Ricerca/Corso di Laurea Magistrale

\_\_\_\_\_ all'anno di corso \_\_\_\_\_

- Sezione in cui svolge attività di ricerca \_\_\_\_\_
- Nominativo tutor 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 attestante il conseguimento della laurea, con indicazione di data e luogo conseguimento titolo, votazione finale
- nulla osta del Collegio dei docenti del Dottorato di Ricerca di afferenza.
- 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, \_\_\_\_\_