

**BANDO PER IL CONFERIMENTO DI INSEGNAMENTI NELL'AMBITO DEL CORSO DI PREPARAZIONE ALLA PROVA UNICA DI AMMISSIONE AI CORSI DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA E IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA – VALIDO ANCHE PER I CORSI DELLE PROFESSIONI SANITARIE - EDIZIONE 2020**

*(È necessario presentare 1 domanda per ogni insegnamenti/turno a cui si intenda candidarsi)*

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

Il/La sottoscritto/a

---

(Cognome e Nome)

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica per il conferimento degli incarichi di insegnamento nell'ambito del "Corso di preparazione alla prova unica di ammissione ai corsi di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria – valido anche per i corsi delle professioni sanitarie - edizione 2020" secondo la seguente ripartizione

**TURNO:**

- Turno 1
- Turno 2

**MATERIA:**

- RAGIONAMENTO LOGICO
- MATEMATICA
- FISICA
- CHIMICA

## 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 presente selezione pubblica per il conferimento degli incarichi di insegnamento/i (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

partita IVA (per coloro che la posseggono) \_\_\_\_\_

di possedere il seguente titolo di studio \_\_\_\_\_

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

di possedere esperienza professionale nell'ambito \_\_\_\_\_ da anni \_\_\_\_\_

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 appartenere ad uno dei seguenti profili professionali (barrare con una X)

Professore Ordinario/Straordinario

Professore Associato

Ricercatore

per il settore scientifico disciplinare (SSD) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

in servizio presso il Dipartimento di \_\_\_\_\_

Dipendente dell'Ente/Azienda sotto specificato:

Assegnista di Ricerca dell'Università di Verona

Dipartimento \_\_\_\_\_

\*di essere consapevole, in qualità di assegnista di ricerca, di non poter essere affidatario di un numero di ore di insegnamento superiore a 60 per ciascun anno accademico.

Dottorando di Ricerca dell'Università di Verona

\_\_\_\_\_

Senza alcun rapporto di dipendenza

altra occupazione \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di non trovarsi in una delle seguenti situazioni di incompatibilità:

- soggetti cessati volontariamente dal servizio presso l'Università di Verona con diritto alla pensione anticipata di anzianità (L. 724/1994);
- soggetti cessati volontariamente dal servizio presso altro ente pubblico o privato con diritto alla pensione anticipata di anzianità, e che abbiano avuto con l'università degli Studi di Verona rapporti di lavoro e di impiego nei 5 anni precedenti a quello di cessazione (L. 724/1994);
- 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.

firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto allega alla domanda:

- il curriculum vitae della propria attività professionale, scientifica e didattica, non contenente dati sensibili o personali che non si desidera diffondere (senza data e senza firma);
- l'elenco dettagliato dei documenti e dei titoli che si ritengono utili ai fini della selezione;
- l'elenco delle pubblicazioni scientifiche e dei prodotti della ricerca degli ultimi 5 anni ritenute utili ai fini della valutazione;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- per gli incarichi di affidamento attribuiti a professori o ricercatori di altro Ateneo: nulla osta rilasciato dall'amministrazione di appartenenza ai sensi dell'art. 6, commi 10 e 12 e dell'art. 9 della Legge 311/1958;
- per i soli assegnisti di ricerca: consenso del Responsabile Scientifico;
- per i soli dottorandi dell'Ateneo Veronese: copia della richiesta di autorizzazione presentata al Collegio di Dottorato (da perfezionare, prima dell'eventuale conferimento incarico, con l'autorizzazione del Collegio di Dottorato);
- la dichiarazione resa ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013.

## INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Università di Verona è titolare del trattamento dei dati personali dei partecipanti alle selezioni, ai sensi del Regolamento UE 2016/679; un' informativa di dettaglio su finalità del trattamento, destinatari dei dati e esercizio dei diritti dell'interessato è disponibile sul sito istituzionale dell'Ateneo: [www.univr.it/it/privacy](http://www.univr.it/it/privacy)

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

In fede \_\_\_\_\_