



**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 TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA 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 in TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA

Sede di VERONA

Titolo attività: ANGIO TC

per n. ore: 6

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) _____



UNIVERSITÀ
di VERONA

Scuola
di **MEDICINA
E CHIRURGIA**

- 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)