**All. D**

al bando emanato di

**selezione per il conferimento di un incarico individuale con contratto di lavoro autonomo presso il** **dIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE E CLINICA - Università Politecnica delle Marche -** progetto ***"Role of astrocyte Ca2+ signalling for hippocampal spatial memory in a mouse model of Alzheimer's Disease"***, Codice progetto **20229RSCR5\_002 - CUP I53D23004610001**, finanziato dal **MUR con i fondi del PNRR** (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) in particolare il Bando PRIN 2022 destinato al finanziamento di progetti di ricerca pubblica di durata biennale, allo scopo di rafforzare le interazioni tra università ed enti di ricerca in linea con gli obiettivi tracciati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e favorire la partecipazione italiana alle iniziative relative al Programma Quadro di ricerca e innovazione dell’Unione Europea nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 4 “Istruzione e ricerca” – Componente 2 “Dalla ricerca all’impresa” – Investimento 1.1 - a valere sull’Avviso MUR D.D. N. 104 del 02.02.2022 per il “Fondo per il Programma Nazionale di Ricerca (PNR) e Progetti di Rilevante Interesse Nazionale (PRIN), finanziato dall’Unione europea – NextGenerationEU, decreto di concessione n. 1110 del 20.07.2023.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

**(ART. 47 D.P.R. N. 445/2000)**

Con riferimento alla domanda di partecipazione per la selezione sopra indicata, il/la sottoscritto/a ............................................................................. nato/a a ..................... (provincia ………….) il ……………………………………, residente in …………………………………… (provincia ……….), via/c.so/p.zza ………………………………….. n. ………………, c.a.p. …………………,

DICHIARA

ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

Che le seguenti fotocopie allegate sono conformi agli originali in mio possesso (elencare le fotocopie allegate):

* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma (autografa\* o digitale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) Se la dichiarazione è consegnata personalmente al funzionario addetto, la firma autografa dovrà essere apposta in sua presenza.