**All. “B”**

al bando emanato

Con D. D. n. 2015/26 del 22/09/2015

**selezione per il conferimento di un incarico individuale con contratto di lavoro autonomo di natura occasionale presso il** **DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE E CLINICA -Università Politecnica delle Marche.**

Al Direttore del Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica

Università Politecnica delle Marche

Via Tronto, 10/A 60126 Torrette di Ancona (AN)

Il/la sottoscritto/a *(cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* nato/a il *(data di nascita)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a *(luogo di nascita)* chiede di essere ammess\_ alla selezione per titoli per l’affidamento di un incarico individuale con contratto di lavoro autonomo di natura occasionale per lo svolgimento dell’attività specificata nel bando nell’ambito del Progetto *“Biologia della cellula adiposa”* presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica dell’Università Politecnica delle Marche.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste dal Codice Penale e dalle leggi in materia, in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, dichiara, ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.:

**A)** di essere residente nel comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (PROV.)\_\_\_\_

VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B)** □ di essere in possesso della cittadinanza italiana;

**C)** (SOLO PER CITTADINI U.E.) □ di essere in possesso della cittadinanza dello STATO MEMBRO DELL’UNIONE EUROPEA (*indicare quale)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

**D)** di essere in possesso del TITOLO di STUDIO richiesto nel bando:

Diploma di Laurea *(specificare* *tipo magistrale, specialistica, vecchio ordinamento)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con votazione \_\_\_\_\_\_\_;

NEL CASO DI LAUREA CONSEGUITA ALL’ESTERO:

Diploma di Laurea in *(specificare)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con votazione \_\_\_\_\_\_\_;

**E)** di conoscere la/e LINGUA/E STRANIERA/E *(specificare quali)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LIVELLO (*avanzato, medio, etc)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**F)** di possedere i seguenti requisiti professionali COSI’ COME RICHIESTI NEL BANDO *(specificare)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**G**) di non essere parente o affine, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinicaovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Ateneo;

**H)** di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente selezione al SEGUENTE indirizzo:

VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

COMUNE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(PROV.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFONO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CELL.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Dichiara altresì di aver preso visione del disciplinare di incarico allegato al bando e di accettare tutte le clausole in esso contenute, impegnandosi, in caso di esito positivo della selezione, a svolgere l’attività oggetto della prestazione nei termini e con le modalità contenute nel suddetto disciplinare.

Dichiara infine di essere consapevole, in caso di vincita, che l’efficacia del contratto che va a stipulare è subordinata all’esito positivo del controllo preventivo di legittimità. Nulla può pretendere in caso di esito negativo.

DICHIARA DI ESSERE INFORMATO, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI AL D. Lgs. n. 196 DEL 30.06.2003, CHE I DATI PERSONALI RACCOLTI SARANNO TRATTATI ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI ESCLUSIVAMENTE NELL’AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA DICHIARAZIONE VIENE RESA.

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

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

Se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi dovrà essere sottoscritta con firma autografa dal candidato che dovrà, inoltre, allegare alla stessa fotocopia semplice di un documento di identità.

ALLEGA:

- **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA’ (ART. 46 e 47 DEL DPR 445/2000) con *CURRICULUM vitae in formato europeo.***

**All. “C”**

al bando emanato

Con D. D. n. 2015/26 del 22/09/2015

**selezione per il conferimento di un incarico individuale con contratto di lavoro autonomo di natura occasionale presso il** **DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE E CLINICA DELL’Università Politecnica delle Marche.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA’ (ARTT. 46 e 47 DPR 445/2000)** relativa al Curriculum Vitae

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’artt. 46 e 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 informazioni contenute nel proprio *Curriculum vitae in formato europeo,* ***allegato e parte integrante della presente dichiarazione,***corrispondono a verità.

*Acconsente, qualora gli/le venga conferito l’incarico, alla pubblicazione del proprio curriculum vitae sul sito dell’Università in ottemperanza alle disposizioni vigenti in materia di trasparenza (art. 15 D.Lgs. n. 33/2013).*

Chiede espressamente che, in sede di pubblicazione del curriculum, vengano resi non visibili i seguenti dati:

**□** indirizzo

**□** recapito telefonico

**□** data di nascita

*(contrassegnare la/le casella/e di eventuale interesse)*

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

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

Se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi dovrà essere sottoscritta con firma autografa dal candidato che dovrà, inoltre, allegare alla stessa fotocopia semplice di un documento di identità.