



AII. "B"

al bando emanato

Con D. D. n. 2015/20 del 21/07/2015

SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO individuale con contratto di lavoro autonomo di collaborazione coordinata e continuativa 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 ammesso_ alla selezione per
titoli per l'affidamento di un incarico individuale con contratto di lavoro autonomo di
collaborazione coordinata e continuativa per lo svolgimento dell'attività specificata nel bando
nell'ambito del Progetto "*Action Observation therapy: a chance for Parkinson Disease patients of
improving mobility through a home-based training*" 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*) in _____
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 Clinica ovvero 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.**



AII. "C"

al bando emanato

Con D. D. n. 2015/20 del 21/07/2015

SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO individuale con contratto di lavoro autonomo di collaborazione coordinata e continuativa 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/anato/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.