



**AII. "B"**

al bando emanato

Con D. D. n. 2016/23 del 24/10/2016

**SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO individuale con contratto di lavoro autonomo di natura 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 natura 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 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 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. In particolare, il sottoscritto prende atto che l'accesso ai locali della Clinica di Neuroriabilitazione dell'Azienda O.U. "Ospedali Riuniti" di Ancona, nonché l'utilizzo delle sue attrezzature per lo svolgimento dell'attività, non potranno avvenire senza il *nulla osta* rilasciato dall'Azienda O.U. stessa; in caso di ritardo o diniego del rilascio del *nulla osta*, nessuna pretesa potrà essere vantata dal collaboratore.

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 e DICHIARAZIONE art. 15 del D. Lgs. 33/2013.**



**AII. "C"**

al bando emanato

Con D. D. n. 2016/23 del 24/10/2016

**SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO individuale con contratto di lavoro autonomo di natura 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 e **DICHIARAZIONE** art. 15 D.Lgs. 33/2013.

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)*

*e pertanto allega anche il curriculum vitae in formato europeo destinato alla pubblicazione, privo dei dati che non vuole che siano resi visibili.*

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.



### DICHIARAZIONE ART. 15

L'Università Politecnica delle Marche, sulla base delle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo 33/2013, è tenuta a pubblicare e aggiornare le informazioni relative ai titolari di incarichi amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, nonché di collaborazione o consulenza.

In particolare, con riguardo alle indicazioni contenute nell'art. 15 comma 1 lett. c), Le chiediamo di compilare quanto di seguito riportato. Grazie per la collaborazione.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, codice fiscale: \_\_\_\_\_;

#### Dichiara barrando l'apposita casella

- di non svolgere incarichi e né di avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali;
- di svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione e/o lo svolgimento di attività professionali. In tal caso specificare nell'apposita tabella di seguito riportata:

<b>Cariche/incarichi attività professionali</b>	<b>Ente/Società</b>	<b>Data di inizio</b>	<b>Data di fine</b>

Ancona,

FIRMA

\_\_\_\_\_