



Allegato "D"

al bando la cui emanazione è stata proposta con Delibera del Consiglio di Dipartimento del 20/12/2024 e autorizzata con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 59 del 26/02/2025

Codice Bando 04/2025

SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO ad un soggetto esterno, con contratto di lavoro autonomo per lo svolgimento della seguente attività: **"Raccolta ed elaborazione dei dati ottenuti dalle rilevazioni dei medici della clinica di gastroenterologia e della SOSD - Danno epatico e trapianti"** Resp. Scientifico Prof. Antonio Bendetti, presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari - Università Politecnica delle Marche – Gastroenterologia - Polo Eustachio

**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 allegare sono conformi agli originali in mio possesso (elencare le fotocopie allegate):

- _____
- _____
- _____
- _____

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.

SEDE

Via Tronto 10/a
Torrette di Ancona - 60126 / Italia
www.univpm.it

UFFICI AMMINISTRATIVI

Responsabile Amministrativa ad interim:
Dott. ssa Carla Datena
Tel.: 071/220-3046
UFFICI
Tel.: 071/220-6171-6258-6168-6202
Fax: 071/220-6203

DIRETTORE DIPARTIMENTO

Prof. Gianluca Moroncini

E-mail: dip.disclimo@univpm.it
Pec: direttore.disclimo@pec.univpm.it



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

—
Dipartimento
di Scienze Cliniche
e Molecolari
DISCLIMO

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso il Dipartimento di Scienze
Cliniche e Molecolari, attesta che la sottoscrizione alla presente domanda è stata apposta in sua
presenza.

Ancona _____

Firma _____

—