**All. “B”**

al bando emanato

con D. D. n. 106 del 29/7/2019

**SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO INDIVIDUALE CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE PRESSO IL CENTRO DI GESTIONE DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL’UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE.**

Al Direttore del

Centro di Gestione Facoltà di Medicina e Ch.

Università Politecnica delle Marche

Via Tronto, 10

60126 ANCONA

Pec: preside.medicina@pec.univpm.it

Il/la sottoscritto/a (cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il (data di nascita) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a (luogo di nascita) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ alla selezione per titoli e colloquio per l’affidamento di un incarico individuale con contratto di lavoro autonomo professionale per lo svolgimento dell’attività specificata nel bando nell’ambito del Progetto Didattica Professionalizzante del CdS in Igiene Dentale presso il Centro di Gestione della Facoltà di Medicina e Chirurgia 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 DPR 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 di uno dei TITOLO DI STUDIO richiesti nel bando:

🞎 Diploma di Laurea specialistica/magistrale (specificare tipo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***oppure***

🞎 Diploma di Laurea di I livello con master di I livello in Coordinamento nell’area delle professioni sanitarie conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NEL CASO LAUREA CONSEGUITA ALL’ESTERO:

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

conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E) di conoscere la LINGUA INGLESE LIVELLO (avanzato, medio, etc)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

G**)** di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall’art. 4 del Regolamento prestazioni d’opera dell’Università Politecnica delle Marche;

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

VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.

AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI ALL’ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679, CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE DOMANDA DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL’ INFORMATIVA RESA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI INTERESSATI EFFETTUATO NELL'AMBITO DELLE PROCEDURE DI RECLUTAMENTO DEL PERSONALE E DI SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI ASSEGNI DI RICERCA, INCARICHI DI COLLABORAZIONE E/O INSEGNAMENTO PUBBLICATA SUL SITO DELL’UNIVERSITA’, ALLA VOCE PRIVACY.

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 (ART. 46 DPR 445/2000) con CURRICULUM VITAE IN FORMATO EUROPEO E/O TITOLI nella forma della DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’ (ART. 47 D.P.R. N. 445/2000)

*Attesta che la firma è stata apposta dal candidato in mia presenza.*

*Il funzionario: ……………………………………………………………………………… Data: …………………*

**All. “C”**

al bando emanato

con D. D. n. 106 del 29/7/2019

**SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO INDIVIDUALE CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE PRESSO IL CENTRO DI GESTIONE DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL’UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ART. 46 DPR 445/2000) e CURRICULUM VITAE**

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

DICHIARA

ai sensi dell’art. 46 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.

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.

*Si attesta che la firma è stata apposta dal candidato in mia presenza.*

*Il funzionario: …………………………………………………………………..………………. Data: ……………*

**All. “D”**

al bando emanato

con D. D. n. 106 del 29/7/2019

**SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO INDIVIDUALE CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE PRESSO IL CENTRO DI GESTIONE DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL’UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE.**

**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 ................................................ (prov. …….) il ……………………………………, residente in …………………………………… (prov. …….), 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 suo 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.

*Si attesta che la firma è stata apposta dal candidato in mia presenza.*

*Il funzionario: …………………………………………………………………………...……. Data: ………………*