## **ALLEGATO N. 1 al DECRETO DEL DIRETTORE BANDO DI VALUTAZIONE COMPARATIVA PER L'AFFIDAMENTO CONTRATTI D' INSEGNAMENTO A TITOLO RETRIBUITO A.A. 2017/2018**

## **SEDE ESTERNA DI FORMAZIONE ASL CASERTA POLO DIDATTICO MARCIANISE**

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI

MEDICINA DI PRECISIONE

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA LUIGI VANVITELLI

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domicilio fiscale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

alla Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

alla Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(scrivere in stampatello)*

**CHIEDE**

che, per l’anno accademico 2017/2018, gli/le venga conferito mediante contratto di diritto privato a titolo retribuito, il seguente incarico di l’insegnamento:

|  |
| --- |
| **SEDE ESTERNA DI FORMAZIONE ASL CASERTA POLO DIDATTICO MARCIANISE** |
| INSEGNAMENTO  |
| CORSO INTEGRATO  |
| SSD CFU - ORE - ANNO - SEMESTRE |

del Corso di Laurea per le Professioni Sanitarie in Tecniche di Laboratorio Biomedico attivato presso il Dipartimento di Medicina di Precisione della Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli.

Allega alla presente istanza, **dichiarazione sostitutiva dell’ atto di notorietà** e **copia di un documento di identità in corso di validità debitamente controfirmato**.

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ ATTO DI NOTORIETA’

# (art. 47 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445)

# A tal fine, consapevole della responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o mendace o esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, e delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 455,

DICHIARA

🞎 di essere in possesso di laurea:  *magistrale specialistica ciclo unico vecchio ordinamento*

🞎 dottorato di ricerca (se posseduto) conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 di rinunciare ad ogni pretesa nel caso in cui il conferimento del contratto non abbia esito positivo;

🞎 di non prestare servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

🞎 di prestare servizio in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

🞎 di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui al presente bando;

🞎 di non avere controversie in atto con la Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli;

🞎 di svolgere all'atto della domanda di partecipazione la seguente attività lavorativa:

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

ovvero

🞎 di non svolgere all'atto della domanda di partecipazione nessuna attività lavorativa:

🞎 di aver preso visione del Regolamento per la disciplina degli incarichi didattici, D.R. n. 803 del 05/08/2013;

🞎 di essere cittadino straniero in regola con le vigenti disposizioni in materia di permesso di soggiorno

🞎 dichiara di non trovarsi in relazione di parentela o affinità entro il 4° grado compreso, con docenti e ricercatori del Dipartimento diMedicina di Precisione ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione della Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli, in ossequio a quanto disposto dall’art. 18, co. 1, lett. C, della legge n. 240/2010.

**Allega alla presente**:

🞎 **copia del curriculum vitae**, comprensivo dell’elenco delle pubblicazioni;

🞎 **copia di un documento di identità in corso di validità**;

🞎 autorizzazione allo svolgimento dell’insegnamento per contratto o copia della relativa richiesta da cui risulti la data di presentazione opportunamente protocollata e/o vidimata da un funzionario a ciò legittimato;

🞎 nonché i seguenti titoli o quant’altro utile ai fini di un’eventuale comparazione:

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

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

Si autorizza il trattamento dei dati personali oggetto della presente dichiarazione ai sensi della normativa vigente in materia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , li \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*luogo e data)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*firma leggibile)*

**N.B.:** Ai sensi dell’art. 39 del D.P.R. 28 dicembre 2000 –n°445, non è richiesta l’autenticazione della sottoscrizione della domanda.