**Allegato n.1**

**Al Presidente della**

**Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**dell’Università degli Studi di Sassari**

**Viale San Pietro, 43/b - 07100 Sassari**

**Oggetto: conferimento dell'incarico dell’insegnamento di Direttore Attività Professionalizzanti dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie**

del Corso di Studio in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con riferimento al Bando di codesta Facoltà Decreto n. \_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Prot .n \_\_\_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

chiede che gli/le venga conferito l'incarico in oggetto.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

-di possedere il seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere:

* essere in possesso di Laurea Specialistica o Magistrale di area sanitaria nella classe del profilo professionale di riferimento;
* avere esperienza professionale, quale titolare di insegnamento in discipline professionalizzanti, nello specifico profilo professionale in corsi universitari non inferiore a cinque anni;
* avere almeno tre anni di esperienza come Direttore delle Attività Didattiche professionalizzanti;
* essere docente del Corso di Laurea.

 *[cancellare quanto non interessa];*

-di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente alla struttura proponente, con il Rettore, con il Direttore Generale o componente del Consiglio di Amm.ne dell'Ateneo.

Il/La sottoscritto/a dichiara, sotto la sua personale responsabilità, che quanto su affermato corrisponde a verità e si obbliga a comprovarlo mediante la presentazione dei prescritti documenti nei termini e con le modalità stabilite nel bando.

Allegati:

□ curriculum didattico, scientifico e professionale;

□ elenco delle pubblicazioni scientifiche;

□ elenco dei documenti e dei titoli che si ritengono utili ai fini della selezione;

□ fotocopia documento di identità e del codice fiscale;

□ nulla-osta dell'ente di appartenenza o, in mancanza, dalla copia della richiesta dello stesso.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l’Informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell’art. 13 del decreto legislativo n.196/2003.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

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

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(art. 46 D.P.R. 445/00)

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 445/00)

Il/La sottoscritto/a:

cognome …………………………………………..…… nome……….………………………………………

nato/a a ……………………………….…………………………....prov.….………………..il………............

residente a ……………………………………………………………………….………..prov…………..….

indirizzo …………….……………..………………………………………..….……….c.a.p….……….........

codice fiscale ………………………………………………...…... telefono:………..…..……………..…….

e-mail …………………………..……………………………………………..…………………………….

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Luogo e data

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

Il/La dichiarante

(firma leggibile)