**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del Corso di Studio in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_--

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 dell'insegnamento in oggetto.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

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

di essere:

- dipendente di altre Amministrazioni pubbliche o private;

- studioso/a o esperto/a non appartenente all’Università;

- assegnista di ricerca dell’Università di Sassari o altri Atenei;

- dottorando/a di ricerca, previo nullaosta del Direttore della Scuola di dottorato alla quale é iscritto/a, limitatamente alle attività didattiche integrative

*[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;

□nulla-osta o richiesta di nulla osta all'ente di appartenenza.

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