Allegato 1 (fac simile domanda di partecipazione)

Al Direttore del

Dipartimento di Medicina Sperimentale

LECCE

___l___sottoscritt _____nat _ a_____(prov. di.) il_____ e residente in _____(prov. di_____) c.a.p._____via_____n._____ CODICE FISCALE_____email _____ pec _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura selettiva pubblica DD_____del_____per l'attribuzione di un assegno per la collaborazione all'attività di ricerca dal titolo (inserire programma di ricerca - art.1):

_____

_____

_____

_____

della durata di 12 mesi presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale (referente scientifico assegno _____)

A tal fine, essendo a conoscenza del testo integrale del bando di concorso, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto lapropria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso DPR n. 445/2000

DICHIARA

a. di essere cittadino/a .....;
b. di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza;
c. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di.....;
d. di non essere dipendente di ruolo dell'Università, non prestare servizio di ruolo presso altri soggetti di cui all'art. 22 L.240/2010 né presso altre pubbliche amministrazioni previste dallo stesso art., né è in una delle situazioni di incompatibilità previste dall'art.2 del presente bando;
e. di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso **(in caso contrario indicare le condanne penali riportate);**
f. di essere in possesso del seguente titolo di studio *(specificare):*

Diploma di Laurea V.O. in …….

Laurea Specialistica in.....

Laurea Magistrale in……...

conseguito il …….…….. presso l'Università di……..… con votazione……

g. di essere in possesso del titolo di dottore di ricerca in .....conseguito in data ……..presso l'Università di .....sede amministrativa del dottorato;
h. di eleggere il proprio domicilio ai fini concorsuali in.....(città, via, n. e c.a.p.) tel ……; Cell. …….
i. di autorizzare l'Università del Salento al trattamento dei propri dati personali così come previsto dall'art. 12 del bando di concorso;
j. di non avere un grado di parentela o affinità, fino al quarto grado compreso, o di coniugio con un professore appartenente al Dipartimento di Medicina Sperimentale, ovvero con il Magnifico Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università del Salento;
k. di non trovarsi in una delle altre situazioni di incompatibilità previste dall'art. 7 del presente avviso pubblico;
l. di non aver espletato attività in qualità di assegnista di ricerca, ai sensi della Legge 240/2010, ovvero di aver espletato attività in qualità di assegnista di ricerca, ai sensi della Legge 240/2010, per un totale di ___anni. (*Il limite massimo consentito dalla Legge 240/2010 (e della successiva Legge 11/2015) è di 6 anni ad esclusione delperiodo in cui l'assegno è stato fruito in coincidenza con il dottorato di ricerca senza borsa, nel limite massimo della durata legale del relativo corso*);
m. di avere attivato, se in possesso di titolo estero privo di equipollenza, la procedura prevista dall'art. 38 c. 3 del D. Lgs. 165/2001 necessaria per il rilascio della dichiarazione di equiparazione.

Allega, inoltre:

- elenco (datato e sottoscritto) dei documenti attestanti i titoli e le pubblicazioni che intende sottoporre alla valutazione, in unica copia;
- i titoli secondo quanto previsto dall'art. 3;
- il curriculum della propria attività scientifica e professionale (datato e sottoscritto);
- l'elenco delle pubblicazioni (datato e sottoscritto);
- copia di un documento di riconoscimento e del codice fiscale;
- pubblicazioni da sottoporre alla valutazione della Commissione.

_l_ sottoscritt si impegna a comunicare le eventuali variazioni successive, riconoscendo che l'amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente o da mancata, oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali e telegrafici, o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Data_____

Firma

_____

Spazio riservato a coloro che intendono fruire dei benefici previsti dall'art.20 della legge 104/1992.

___l___sottoscritt _____dichiara di essere portatore di handicap ai sensi dell'art.3 della legge 5.2.1992, n. 104, come risulta dall'allegata documentazione e, pertanto, chiede di avere il seguente ausilio e/o iseguenti tempi aggiuntivi:

_____

Data _____

Firma

_____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a_____, nato/a il_____

a_____(Prov. di_____)

e residente in_____(Prov. di_____)

Via/Piazza_____n._____c.a.p._____

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445 /2000e sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

Che le seguenti copie allegate sono conformi agli originali in suo possesso (elencare fotocopie allegate)

1._____

2._____

3._____

4._____

5._____

6._____

7._____

Data _____

Il/La Dichiarante

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia di un documento del dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a_____, nato/a il_____

a_____(Prov. di_____)

e residente in_____(Prov. di_____)

Via/Piazza_____n._____c.a.p._____

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445 /2000e sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

Di essere in possesso dei seguenti Titoli:

1. Diploma di Laurea in …… conseguito in data ……

   con la votazione di ……..…….. presso l'Università di …….....;
2. _____
3. _____
4. _____

Data _____

Il/La Dichiarante

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia di un documento del dichiarante