

(allegato 1)

UNA DOMANDA PER OGNI INSEGNAMENTO RICHIESTO (MAX 2)

In ogni singola domanda deve essere precisato l'anno ed il semestre di riferimento

Al Direttore Generale
Istituto Nazionale Tumori
IRCCS Pascale
Dott. Attilio A. M. Bianchi

Oggetto: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER LA COPERTURA DEGLI INSEGNAMENTI DEL CdL IN INFERMIERISTICA UNIVERSITA' DELLA CAMPANIA LUIGI VANVITELLI – SEDE ISTITUTO PASCALE – a.a. 2019/2020

I sottoscritt _____,
nat_ a _____ il _____,
Codice Fiscale _____,
residente in _____ (prov. _____),
alla Via/Piazza _____ n° _____ (CAP _____),
domiciliato in _____ (prov. _____),
alla Via/Piazza _____ n° _____ (CAP _____),
tel. fisso _____, cell. _____, e-mail _____,

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica per il conferimento, per l'anno accademico 2019/2020, dell'insegnamento di:

Corso integrato _____

n° ore di attività didattica _____

n° CFU _____, anno/semestre _____

I sottoscritt_, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (art. 75 e 76 DPR 445/2000), e sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

di essere in possesso di laurea:

magistrale specialistica ciclo unico vecchio ordinamento

in _____

conseguita presso l'Università: _____

il _____, con votazione _____/_____;

di aver conseguito il dottorato di ricerca in _____

presso _____, in data _____,

di aver conseguito la specializzazione in _____

presso _____, in data _____,

di non svolgere corsi di dottorato di ricerca presso l'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli;

di non essere titolare di assegni per la collaborazione e l'attività di ricerca ai sensi dell'art. 51, comma 6, della Legge 449/97 presso l'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli;

di essere dipendente dell'Istituto Pascale

in qualità di _____ dal _____,

con contratto a tempo indeterminato a tempo determinato con scadenza _____,

altro _____

di prestare servizio presso _____;

di non avere in atto controversie con l'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli;

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

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

Allega alla presente:

- Dichiarazione di dipendenza in Istituto (all. 2);
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- Curriculum formativo e professionale datato e firmato

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

Data _____

FIRMA*

*La sottoscrizione della domanda è obbligatoria pena l'esclusione della procedura valutativa. Ai sensi dell'art. 39 del DPR 28.12.2000 n. 445, non è richiesta l'autenticazione della domanda.

(allegato 2)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 46, 47 e 78 del DPR 445 del 28.12.2000)**

Il/la sottoscritt _____, nato a _____
il _____, residente in _____ (CAP _____)
indirizzo _____, Tel _____ cell. _____
e-mail _____ codice fiscale _____,
cittadinanza _____, ai fini dell'affidamento dell'insegnamento di:

Corso integrato (C.I.) _____

n° ore di attività didattica _____

n° CFU _____, anno/semestre _____

anno accademico 2019/2020

nel Corso di Laurea per le professioni sanitarie in **INFERMIERISTICA** della Università della Campania "Luigi Vanvitelli", attivato presso la sede di formazione esterna dell'Istituto Pascale, con riferimento al citato anno accademico, ai sensi degli artt. 46, 47 e 78 del DPR 445 del 28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 75 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

di essere dipendente di ruolo a tempo _____ del Servizio Sanitario, in servizio c/o l'IRCCS Fondazione Pascale di Napoli, assegnato alla struttura _____ con la qualifica di _____
dal _____ (nel caso di contratto a termine indicare anche la scadenza)

Allega copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
(leggibile e di proprio pugno)
