

**(Allegato 2)**

**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. 2021/2022

\_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 essere ammess\_ alla procedura valutativa per titoli, diretta al conferimento di n. 1 incarico di insegnamento in \_\_\_\_\_

codice/SSD \_\_\_\_\_ Anno/Semestre \_\_\_\_\_ n° ore di attività didattica \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_

Corso integrato \_\_\_\_\_

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

- consapevole che questa Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese
- consapevole che qualora le sottoindicate dichiarazioni dovessero risultare, anche parzialmente, non conformi al vero, sarà escluso dalla procedura selettiva
- consapevole, altresì, della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del predetto D.P.R.

**DICHIARA**

di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dal bando;

di essere dipendente dell'Istituto Pascale in qualità di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_, con contratto  a tempo indeterminato  altro \_\_\_\_\_

di prestare servizio presso la Struttura \_\_\_\_\_;

di essere in possesso della Laurea:

triennale  vecchio ordinamento  magistrale/specialistica

in \_\_\_\_\_

conseguita presso l'Università: \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_, con votazione \_\_\_\_/\_\_\_\_ ovvero di titolo  
equipollente \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_

di essere in possesso di:

Dottorato di ricerca in \_\_\_\_\_

di durata \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_,

in data \_\_\_\_\_,

Diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_,

Diploma di Master \_\_\_\_ livello in \_\_\_\_\_

di durata \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

Diploma di Master \_\_\_\_ livello in \_\_\_\_\_

di durata \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

Corso di Perfezionamento in \_\_\_\_\_

di durata \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

dei seguenti altri titoli

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

- 
- 
- della sottoportata esperienza didattica (*specificare tipologia di corso/insegnamento/anno accademico di conferimento*)

Anno Accademico	Corso universitario	Titolo insegnamento	Università

- di possedere ai fini della valutazione, le sottoelencate pubblicazioni:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_

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

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa ed autorizza il trattamento dei propri dati personali ter dette finalità.

**Allega alla presente:**

- Dichiarazione di dipendenza in Istituto (all. 3);
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;

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

Luogo e 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 3)

**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.) \_\_\_\_\_  
SSD \_\_\_\_\_ n° ore di attività didattica \_\_\_\_\_ n° CFU \_\_\_\_\_, anno/semestre \_\_\_\_\_  
anno accademico 2021/2022

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 a tempo \_\_\_\_\_ del Servizio Sanitario, in servizio c/o  
l'IRCCS Fondazione Pascale di Napoli, assegnato alla struttura  
\_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_

**Allega copia di documento di riconoscimento in corso di validità.**

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL DICHIARANTE**  
(leggibile e di proprio pugno)

\_\_\_\_\_