



UNIVERSITÀ  
DI FOGGIA



HR EXCELLENCE IN RESEARCH

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

**Avviso di selezione pubblico per l'assegnazione di n. 5 assegni per lo svolgimento di attività di tutorato informativo nonché di supporto alle attività di Orientamento presso il Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale.**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore del Dipartimento  
di Medicina Clinica e  
Sperimentale Università degli  
Studi di Foggia

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

Cognome Nome

Codice fiscale  
(obbligatorio)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sesso

M	F
---	---

nat\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Comune

Provincia

residente in: Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Telefono mobile \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail alla quale si vogliono ricevere le comunicazioni relative alla selezione:

\_\_\_\_\_

recapito eletto ai fini del concorso (*indicare solo se diverso dalla residenza*):

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_



Telefono fisso \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Telefono mobile \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica per l'assegnazione di n. 5 assegni per lo svolgimento di attività di tutorato informativo nonché di supporto alle attività di Orientamento presso il Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale per il seguente Profilo (barrare la propria scelta):

**Profilo A - n. 3 tutor informativi:**

- (Profilo A.1) n. 1 tutor per C.d.L. magistrale in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie - attività di tutorato da svolgere principalmente presso la sede di Scienze Motorie di Viale Virgilio – Foggia Preventive ed Adattate (STAMPA) - (200 ore).
- (Profilo A2) n. 1 tutor per C.d.L. triennale in Infermieristica – attività di tutorato da svolgere presso la sede di Barletta dell'Università degli Studi di Foggia – (200 ore).
- (Profilo A3) n. 1 tutor per C.d.L. triennale in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia – attività di tutorato da svolgere presso la sede di Barletta dell'Università degli Studi di Foggia – (200 ore)

**Profilo B - n. 2 tutor per front office e/o per supporto alle segreterie accademiche:**

- n. 2 tutor per front office e/o per supporto alle segreterie accademiche: attività di orientamento e supporto alle segreterie da svolgere principalmente presso il Polo Biomedico "E. Altomare"- Foggia - (200 ore cadauno).

DICHIARA

ai sensi dell'art.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

- di essere iscritto al \_\_\_\_\_ anno del Corso di Studio in \_\_\_\_\_

Presso il Dipartimento di \_\_\_\_\_;



- di essere in possesso del titolo di laurea triennale in

\_\_\_\_\_

conseguito presso il Dipartimento di \_\_\_\_\_ dell'Università  
di Foggia, con votazione \_\_\_\_/\_\_\_\_\_;

- di non avere condanne penali o procedimenti penali in corso;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o del recapito indicato nella domanda di partecipazione;

Ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104, dichiara di avere diritto ai seguenti ausili per lo svolgimento del colloquio:

\_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre, di essere informata/o che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega:

1. copia di un documento di identità personale in corso di validità e del codice fiscale;
2. dichiarazione sostitutiva di certificazione dei titoli valutabili, da utilizzare ai sensi dell'art. 46/76 del DPR 28/12/2000 n. 445 o dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000;
3. *curriculum vitae* datato e debitamente sottoscritto, con l'esplicita indicazione che tutto quanto in esso dichiarato corrisponde a verità, ai sensi delle norme in materia di dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e seguenti del D.P.R. n. 445/2000;
4. informativa e autorizzazione relative al trattamento dei dati personali (Allegato B).

\_\_\_\_\_

Luogo

Data

\_\_\_\_\_

Firma dell'interessata/o