

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche

Avviso di selezione pubblica per il conferimento di n. 2 incarichi per lo svolgimento di attività di tutorato nell’ambito del progetto POT “MedOdontOrientaDomain” (MOOD).

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche dell’Università degli Studi di Foggia.

IlIl

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

Cognome Nome

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Codice fiscale

(obbligatorio)

|  |
| --- |
| M |

|  |
| --- |
| F |

Sesso

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 di n. 2 incarichi per lo svolgimento di attività di tutorato nell’ambito del progetto POT “MedOdontOrientaDomain” (MOOD).

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Università degli Studi di Foggia.

* 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