UNIVERSITÀ DI FOGGIA

HR EXCELLENCE IN RESEARCH

ALLEGATO A

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA
DIPARTIMENTI DI AREA MEDICA
SERVIZIO ALTA FORMAZIONE, TERZA MISSIONE E PROCESSI AVA
MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INCARICO DOCENZA

Al Direttore del Dipartimento
di Scienze Mediche e Chirurgiche
Via Luigi Pinto, 1
71122 Foggia

Il sottoscritto _____ C.F. _____

nato a _____ il _____ residente a _____

via _____ tel _____e-mail _____

In servizio presso:

*(**Riservato ai candidati esterni**)*

Dipendente di _____

Con la qualifica di _____

avendo preso visione del Bando di selezione prot. n. …… del …/…/2024 rep. n. …../2024

*chiede di ricoprire, per l'a.a. 2023 -2024 **a titolo oneroso** il seguente insegnamento:*

DENOMINAZIONE INSEGNAMENTO:

CFU_____**S.S.D.**_____

MASTER di I° Livello in "*ACCESSI VASCOLARI PERIFERICI E CENTRALI: IMPIANTO E GESTIONE*" – ANNO ACCADEMICO 2023/2024.

Le comunicazioni riguardanti la presente procedura selettiva devono essere inviate al seguente indirizzo (indicare solo se diverso dall'indirizzo di residenza):

Via _____ Cap _____ Comune di _____

Si allegano il curriculum dell'attività didattica, scientifica e professionale e altri titoli, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e documento di riconoscimento in corso di validità, in conformità a quanto previsto dall'art. 5 dell'Avviso di vacanza.

_____, _____
(luogo) (data)

firma

_____

UNIVERSITÀ DI FOGGIA

HR EXCELLENCE IN RESEARCH

Autorizzo l'Università degli Studi di Foggia al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dalla specifica informativa allegata all'atto di indizione pubblicato sul sito web di ateneo.

Data _____ **Firma_____**

Si allega al presente modulo copia del documento di identità (non richiesto nel caso di firma digitale certificata)

UNIVERSITÀ DI FOGGIA

HR EXCELLENCE IN RESEARCH

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ex art. 46 T.U.445/2000[1]

….l… sottoscritt…_____

nat… il _____ a _____

consapevole della responsabilità penale a cui, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 483, 485, 486 c.p.), sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data, _____.

Firma

_____

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196, il sottoscritto autorizza l'Università al trattamento delle informazioni fornite solo per le finalità connesse e strumentali alla selezione ed alla eventuale stipula e gestione del contratto di lavoro, nel rispetto delle disposizioni vigenti.

Data, _____.

Firma

_____

[1] In caso di dichiarazione sostitutiva di certificazione allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

UNIVERSITÀ DI FOGGIA

HR EXCELLENCE IN RESEARCH

ALLEGATO C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' ex art. 47 T.U. 445/2000[2]

….l… sottoscritt…_____

nat… il _____ a _____

consapevole della responsabilità penale a cui, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 483, 485, 486 c.p.), sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data, _____.

Firma

_____

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196, il sottoscritto autorizza l'Università al trattamento delle informazioni fornite solo per le finalità connesse e strumentali alla selezione ed alla eventuale stipula e gestione del contratto di lavoro, nel rispetto delle disposizioni vigenti.

Data, _____.

Firma

_____

[2] In caso di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

UNIVERSITÀ DI FOGGIA

HR EXCELLENCE IN RESEARCH

Allegato D

DICHIARAZIONE RESA DAL CANDIDATO SULL'ASSENZA DI SITUAZIONI OSTATIVE ALLA FORMALIZZAZIONE DEL RAPPORTO IN CASO DI ESITO POSITIVO

Il/La sottoscritto/a_____ nato/a il _____ a _____, candidato/a per la procedura selettiva pubblica per il conferimento di un incarico di _____disposto dai Dipartimenti di Area Medica dell'Università degli Studi di Foggia, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

di non avere un grado di parentela o affinità, fino al quarto grado compreso, e di non essere convivente con un professore o ricercatore appartenente all'Organo competente che ha indetto la selezione ovvero con il Rettore, con il Direttore Generale o con un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università degli Studi di Foggia;

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che le suindicate notizie sono complete e veritiere.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente dichiarazione possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003, per gli adempimenti connessi all'elaborazione della retribuzione spettante.

Foggia,

Firma