Università di Foggia
Scienze Mediche e Chirurgiche

DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE E CHIRURGICHE

MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTO

ALLEGATO A

Al Direttore di Dipartimento

Il sottoscritto_____C.F. _____

nato a_____il_____residente a _____

via_____tel_____e-mail _____

avendo preso visione dell'Avviso di vacanza prot. n. _____ del _____, rep. n. _____

chiede di ricoprire, a titolo di supplenza retribuita, l'insegnamento di:

nome dell'insegnamento:_____

ore_____CFU_____SSD_____

Corso di laurea in **Infermieristica dell'Istituto Anseatico di Tecnologia e Scienze Applicate di Douala (Camerun) – Progetto TNE23-00083**

Il sottoscritto dichiara, quindi, di essere in servizio presso:

☐ Università degli Studi di Foggia – Dipartimento di _____

☐ Università degli Studi di _____Facoltà/Dipartimento di _____

Qualifica: ☐ Prof. Ordinario ☐ Prof. Associato ☐ Ricercatore

Settore scientifico disciplinare di inquadramento _____

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 allega la 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 e data Firma

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

_____ _____

Luogo e data Firma

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 47 e art. 38, comma 3 del D.P.R. 445/2000)

ALLEGATO B

Io sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____,
residente nel Comune di _____,
Via _____ n._____

- consapevole che in caso di dichiarazione mendace è perseguibile a norma del Codice Penale e decade dal beneficio conseguito in base al provvedimento richiesto (artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000);
- informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

dichiara

la veridicità dei titoli di seguito riportati:

A. **Afferenza al Settore Scientifico Disciplinare**:
1. _____
2. _____
3. _____
(è possibile allungare l'elenco numerato in caso di spazio insufficiente)

B. **Ruolo e fascia di docenza ricoperti**:
1. _____
2. _____
3. _____
(è possibile allungare l'elenco numerato in caso di spazio insufficiente)

C. **Anzianità nel ruolo**:
1. _____
2. _____
3. _____
(è possibile allungare l'elenco numerato in caso di spazio insufficiente)

D. **Attività didattica e di docenza** di livello universitario (specificare l'anno accademico e l'Università):
1. _____
2. _____
3. _____
(è possibile allungare l'elenco numerato in caso di spazio insufficiente)

E. **Ulteriori Titoli**
1. _____
2. _____
3. _____
(è possibile allungare l'elenco numerato in caso di spazio insufficiente)

IL/LA DICHIARANTE

_____, lì _____ _____

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, la sottoscrizione non viene autenticata in quanto alla dichiarazione si allega copia di un documento valido di identità.

DICHIARAZIONE RESA DAL CANDIDATO SULLA MANCANZA DI SITUAZIONI OSTATIVE ALLA FORMALIZZAZIONE DEL RAPPORTO IN CASO DI ESITO POSITIVO

ALLEGATO C

Il/La sottoscritto/a_____ nato/a il _____ a _____, candidato/a per la procedura selettiva pubblica per il conferimento di un incarico di _____ disposto dal Dipartimento di _____, 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 Amministrativo 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.

_____ _____

Luogo e data Firma