



UNIVERSITÀ
DI FOGGIA



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 .../.../2026 rep. n./2026

chiede di ricoprire, per l'a.a. 2025 -2026 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" –
A. A. 2025/2026.**

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

Autorizzo l'Università degli Studi di Foggia al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dalla specifica informativa per il trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679) nell'ambito della procedura selettiva pubblica finalizzata all'affidamento degli insegnamenti nell'ambito del Master in "Accessi Vascolari periferici e centrali: impianto e gestione", come da informativa allegata all'Avviso pubblicato sul sito web e all'Albo di Ateneo.

Data _____ Firma _____

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



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ex art. 46 T.U.445/2000¹

....I... 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.



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' ex art. 47 T.U. 445/2000²

....I... 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.



**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