AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
DI MEDICINA E CHIRURGIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA
43124 PARMA

Il/La sottoscritt___ _____
nat___ a _____ il _____ cittadinanza _____
residente a _____
Via _____ N. _____
C.A.P. _____ Tel./Cell. _____
EMAIL_____
Domiciliat___ in _____
Via _____N. _____ C.A.P. _____

- consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerà nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;
- consapevole che decadrà, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

CHIEDE

di essere ammess_ a partecipare al concorso per l'attribuzione della borsa di ricerca bandita dal Dipartimento di MEDICINA E CHIRURGIA dal titolo Elaborazione di un nuovo approccio teorico per lo studio delle basi neurali del *"remapping sociale"*.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità e ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n° 445/00 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:

- di aver conseguito la Laurea in _____ Classe _____ presso l'Università di _____ in data _____ con voto finale _____ Vecchio / Nuovo Ordinamento
- di aver conseguito il Titolo di Dottore di Ricerca in _____ presso l'Università di _____ in data _____
- di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in _____ presso l'Università di _____ in data _____
- altro _____ _____ _____

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – d.lg. 30/6/2003, N. 196)

Allega alla presente domanda i seguenti documenti (**INDICARE QUANTO RICHIESTO DA BANDO**):

- _____
- _____
- _____

(PER COLORO CHE SONO IN POSSESSO DI UN TITOLO DI STUDIO STRANIERO):
___ l ___ sottoscritt ____ chiede inoltre alla Commissione Giudicatrice, unicamente ai fini dell'attribuzione della borsa di studio, la dichiarazione di equipollenza in parola del proprio titolo di studio con quanto richiesto da bando allegando i documenti utili a consentire tale dichiarazione di equipollenza.

___ l ___ sottoscritt ____ dichiara, inoltre, di essere/non essere portatore di handicap (indicare gli eventuali ausili necessari per lo svolgimento della prova di esame) _____
_____

DATA FIRMA LEGGIBILE E PER ESTESO

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – d.lg. 30/6/2003, N. 196)

ALLEGATO 2

DICHIARAZIONE del TITOLO DI STUDIO
(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____
n. _____
Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penali secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).
Dichiara di esser informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del 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

di essere in possesso del seguente titolo di studio:
_____
_____
_____
_____
conseguito
presso_____
nell'anno _____ con votazione _____

Data _____

_____
Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

1 indicare il Comune di residenza
2 la firma non va autenticata, né deve essere apposta alla presenza dell'impiegato dell'Ente interessato
3 La presente dichiarazione ha validità di 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000).
4 La presente dichiarazione può essere trasmessa con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000).
Esente da bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.