



UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

Allegato 1

SCHEMA DELLA DOMANDA

Al Direttore del
Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Parma
Via Gramsci, 14
43126 PARMA

Il sottoscritt_ _____ nat_ a _____
(provincia di _____) il _____ e residente a _____ in
Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____ Tel. _____ E-mail:
_____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

di poter svolgere l'attività sotto indicata nell'ambito del Master in Management dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari:

1) Didattica frontale

Insegnamento/Attività	n. ore	Compenso lordo ente	Periodo di svolgimento

2) Tutoraggio

Attività	n. ore	Compenso lordo ente	Periodo di svolgimento

A tal fine, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere cittadina/o _____;
- di non avere riportato condanne penali o, in caso di condanne riportate, indicare gli estremi delle relative sentenze e gli eventuali procedimenti penali pendenti a loro carico;
- di essere iscritta/o nelle liste elettorali del Comune di _____;
- di non essere stata/o destituita/o dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento e di non essere stata/o dichiarata/o decaduta/o da un impiego statale, ai sensi dell'art. 127 lettera d) del D.P.R. 10.01.1957, n. 3;



UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

- di non essere stata/o sospesa/o dal servizio in via cautelare ancorché discrezionale per reati per i quali non sia stata ancora pronunciata sentenza definitiva né presso l'Università di Parma né presso altri Atenei;
- di non essere stata/o destinataria/o di procedimenti disciplinari per fatti che hanno dato luogo a sanzioni superiori alla censura né presso l'Università di Parma né presso altri Atenei;
- di non avere contenziosi pendenti con l'Università degli Studi di Parma;
- di prestare servizio in qualità di _____ presso _____;
- di essere in possesso di una adeguata qualificazione professionale e scientifica attinente il settore scientifico-disciplinare cui afferisce l'insegnamento in oggetto;
- di avere inoltrato alla propria amministrazione di appartenenza (se dipendente di pubblica amministrazione), la domanda di autorizzazione allo svolgimento del corso;

Allega alla presente la seguente documentazione:

- curriculum dell'attività scientifica, didattica e professionale;
- elenco dettagliato dei documenti e dei titoli che si ritengono utili ai fini della selezione;
- elenco delle pubblicazioni scientifiche (il candidato dovrà indicare le banche dati da cui sia possibile visionare le pubblicazioni o, in alternativa, presentare copia delle stesse su supporto informatico);
- copia della eventuale certificazione relativa alla qualificazione dei titoli scientifici e professionali posseduti e/o dell'attività di ricerca svolta;
- eventuale autorizzazione allo svolgimento del corso (se dipendenti della Pubblica Amministrazione) o copia della richiesta inoltrata all'Amministrazione di appartenenza, debitamente protocollata.

(data)

(firma)

Quanto sopra viene dichiarato dal sottoscritto consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in materia di norme penali.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati anche con strumenti informatici, ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196, per gli adempimenti connessi con la procedura concorsuale.



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(D.P.R. 445/2000 - art. 46)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(D.P.R. 445/2000 - art. 47)

LA/IL SOTTOSCRITTA/O

cognome _____ nome _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____
indirizzo _____ tel. n. _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità

D I C H I A R A

_____ .

La/Il sottoscritto/a è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, i dati personali saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della carriera.

Parma, _____

La/Il dichiarante

N.B. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà deve essere accompagnata da fotocopia di un documento di identità, in corso di validità.