Al Direttore Generale di

 **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA VALUTATIVA BANDITA DALL’ AO DEI COLLI DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a

# C H I E D E

di essere ammess\_ alla procedura valutativa, per titoli, diretta al conferimento di n. 1 incarico di insegnamento in

codice

Sede per il corso di laurea in Infermieristica a.a.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

* consapevole che questa Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese
* consapevole che qualora le sottoindicate dichiarazioni dovessero risultare, anche parzialmente, non conformi al vero, sarà escluso dalla procedura selettiva
* consapevole, altresì, della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all’art. 76 del predetto D.P.R.

# DICHIARA

* che i propri dati anagrafici sono i seguenti:

Cognome Nome Codice fiscale

nat\_ a Prov. il / / cittadinanza residente a Prov. in Via n. Tel. Cell. e-mail

* di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dal bando;
* di essere dipendente di ruolo della Struttura

di essere iscritto all’Ordine Professionale dal

* di essere in possesso della Laurea □ triennale □ specialistica/magistrale in

conseguita presso

 in data con votazione / ovvero di titolo equipollente

conseguito presso

 con votazione

* di essere in possesso di:

in data

□ Dottorato di ricerca in di durata conseguito presso

in data

ovvero di titolo equipollente conseguito presso

 in data con votazione

□ Diploma di Specializzazione in di durata conseguito presso in data ovvero di titolo equipollente

conseguito presso

 con votazione

in data

□ Diploma di Master di livello in di durata conseguito presso in data ovvero di titolo equipollente

conseguito presso

 con votazione

in data

□ Corso di Perfezionamento in di durata conseguito presso in data ovvero di titolo equipollente

conseguito presso

 con votazione

in data

dei seguenti altri titoli

della sottoriportata esperienza didattica universitaria (*specificare tipologia di corso/insegnamento//anno accademico di conferimento*)

* di possedere, ai fini della valutazione, le sottoelencate pubblicazioni:
* di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito della procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa ed autorizza il trattamento dei propri dati personali per dette finalità.

(Luogo e Data)

Firma

# Allega:

nulla osta ente di appartenenza

fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

**Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni (*indicare solo se diverso dalla residenza*):**

presso Città prov. c.a.p. Via n.