

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI
SCIENZE CHIRURGICHE, ONCOLOGICHE
E GASTROENTEROLOGICHE - DiSCOG

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Comune di nascita	Provincia (sigla) o Stato estero di nascita
Indirizzo residenza	Comune di residenza	Provincia (sigla) o Stato estero di residenza
C.A.P.	Telefono	Indirizzo mail
Indirizzo domicilio	Comune di domicilio	Provincia (sigla) o Stato estero di domicilio
C.A.P.	Telefono	Indirizzo mail

chiede

di essere ammesso a partecipare alla selezione pubblica per titoli e colloquio per il conferimento di 1 assegno di ricerca dal titolo "....."
..... " della durata di anni presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – DiSCOG, dell'Università degli Studi di Padova.

A tal fine,

ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni amministrative e penali richiamate dagli art. 75 (Decadenza dai benefici) e art. 76 (Norme penali) per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara:

-  di essere in possesso della cittadinanza
-  di essere in possesso del Diploma di laurea conseguito in data presso
-  di avere svolto una documentata attività di ricerca successiva al conseguimento della laurea nell'area scientifica connessa all'attività di ricerca oggetto della collaborazione;
-  di essere in possesso del titolo di Dottore di ricerca conseguito in data presso

- ✚ di non ricoprire impieghi presso Università o altri Enti indicati all'art. 22 della Legge 240/2010,
- ✚ di essere a conoscenza che l'art. 18 della Legge 240/2010 prevede l'estensione dell'incompatibilità al conferimento degli assegni a: *"... coloro che abbiano un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un Professore appartenente al Dipartimento o alla struttura sede della ricerca ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo"*

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000

dichiara altresì

- ✚ che quanto dichiarato nel curriculum scientifico-professionale connesso all'attività di ricerca oggetto della collaborazione, allegato alla presente domanda, corrisponde al vero;

- ✚ che i seguenti titoli e le pubblicazioni prodotti in copia:

1. _____
2. _____
3. _____

_____ sono conformi all'originale.

Allega :

- ✚ fotocopia di un documento di identità;

Autorizza l'Università degli Studi di Padova ad utilizzare i dati personali forniti con la presente richiesta per le finalità connesse e strumentali alla selezione ed alla eventuale stipula e gestione del rapporto con l'Università, ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Data,

Firma