



Allegato "B"
al bando emanato con Determina della Direttrice n. REP. 53/2023

Codice Bando 04/2023

SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO ad un soggetto esterno, con contratto di lavoro autonomo per lo svolgimento della seguente attività: **"Analisi dei bisogni e strategie di intervento mirate all'assistenza, al monitoraggio e al supporto dell'anziano fragile"** Resp. Scientifico Prof.ssa **Fabiola Olivieri**, presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari - Università Politecnica delle Marche – Patologia Sperimentale–Polo Murri

Alla Direttrice del Dipartimento
di Scienze Cliniche e Molecolari
Università Politecnica delle Marche
via Tronto, 10/A
60126 - Torrette di Ancona

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____,
nato/a _____ il (data di nascita) _____ chiede di essere ammesso_ alla
selezione per *titoli e colloquio* per l'affidamento di un incarico con contratto di lavoro autonomo per
lo svolgimento dell'attività specificata nel bando nell'ambito del Progetto dal titolo: **"Analisi dei
bisogni e strategie di intervento mirate all'assistenza, al monitoraggio e al supporto dell'anziano
fragile"** Resp. Scientifico Prof.ssa **Fabiola Olivieri**, presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e
Molecolari dell'Università Politecnica delle Marche – Patologia Sperimentale-Polo Murri.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste dal Codice Penale e dalle leggi in materia, in
caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità,
dichiara, ai sensi degli articoli 46 e 76 del d.p.r. 445/2000 e s.m.i.:

A) di essere residente nel comune _____ (PROV.) _____
VIA _____ C.A.P. _____

B) di essere in possesso della cittadinanza italiana;

oppure (SOLO PER CITTADINI U.E.)

di essere in possesso della cittadinanza dello STATO MEMBRO DELL'UNIONE EUROPEA
(indicare quale) _____ e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

oppure (SOLO PER CITTADINI extra U.E.)

di essere in possesso di permesso di soggiorno valido e con scadenza compatibile con la
durata temporale della prestazione e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

SEDE

Via Tronto 10/a
Torrette di Ancona - 60126 / Italia
www.univpm.it

UFFICI AMMINISTRATIVI

Responsabile Amministrativa:
Dott. ssa Giulia Sbarbati
Tel.: 071/220-6175
UFFICI
Tel.: 071/220-6171-6258-6168-6202
Fax: 071/220-6203

DIRETTRICE DIPARTIMENTO

Prof.ssa Lory Santarelli

E-mail: dip.disclimo@univpm.it
Pec: direttore.disclimo@pec.univpm.it



C) di essere in possesso del seguente TITOLO di STUDIO¹ richiesto nel bando:
Laurea Magistrale in Farmacia specificare:

Conseguito in data _____

Presso _____

con votazione _____;

Dottorato di ricerca e/o Diploma di specializzazione
specificare:

Conseguito in data _____

Presso _____

con votazione _____;

NEL CASO LAUREA CONSEGUITA ALL'ESTERO:

Diploma di Laurea in (specificare) _____

conseguito in data _____

presso _____ con votazione _____;

D) di possedere i seguenti requisiti professionali, COSÌ COME RICHIESTI NEL BANDO:

- Comprovata attività di ricerca in ambito biomedico presso Università o Istituti di Ricerca riconosciuti in ambito nazionale ed internazionale;
- Almeno 10 pubblicazioni scientifiche con ruolo di rilievo (primo, ultimo nome o corresponding author) su riviste internazionali su argomenti relativi alle problematiche oggetto del bando;

E) di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente selezione al seguente indirizzo:

VIA _____;

COMUNE _____ (PROV.) _____

C.A.P. _____ TELEFONO _____ CELL. _____

e-mail _____;

Dichiara, altresì, di aver preso visione del disciplinare di incarico allegato al bando e di accettare tutte le clausole in esso contenute, impegnandosi in caso di esito positivo della selezione a svolgere l'attività oggetto della prestazione nei termini e con le modalità contenute nel suddetto disciplinare.

Dichiara infine di essere consapevole, in caso di vincita, che l'efficacia del contratto che va a stipulare è subordinata all'esito positivo del controllo preventivo di legittimità. Nulla può pretendere in caso di esito negativo.

¹ Qualora i caratteri della prestazione rientrano nelle ipotesi derogatorie del 2° capoverso del comma 6 dell'art.7 D. Lgs.165/2001, va inserito il titolo di studio e/o professionale corrispondente.



Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679 e del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e ss.mm.ii., con la sottoscrizione della presente domanda dichiaro di aver preso visione dell'informativa resa per il trattamento dei dati personali degli interessati effettuato nell'ambito delle procedure di reclutamento del personale e di selezione per il conferimento di assegni di ricerca, incarichi di collaborazione e/o insegnamento pubblicata sul sito dell'Università, alla voce privacy.

Data _____ Firma autografa (*) _____

(*) Se la dichiarazione è consegnata personalmente al funzionario addetto, la firma autografa dovrà essere apposta in sua presenza.

Se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi dovrà essere sottoscritta con firma autografa dal candidato che dovrà, inoltre, allegare alla stessa fotocopia semplice di un documento di identità.

ALLEGA:

- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ART. 46 DPR 445/2000) con CURRICULUM vitae in formato europeo E/O TITOLI NELLA FORMA DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (ART. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari, attesta che la sottoscrizione alla presente domanda è stata apposta in sua presenza

Ancona _____

Firma _____