



**AII. "D"**

al Bando

**COD. 01/2023**

**SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO** ad un soggetto esterno, con contratto di lavoro autonomo per lo svolgimento della seguente attività: **"Identificare le traiettorie di invecchiamento nelle patologie neurodegenerative utilizzando i flussi amministrativi sanitari della regione marche-Trend"**, presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari - Università Politecnica delle Marche - Patologia Sperimentale

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
(ART. 47 D.P.R. N. 445/2000)**

Con riferimento alla domanda di partecipazione per la selezione sopra indicata, il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... (provincia .....) il ....., residente in ..... (provincia .....), via/c.so/p.zza ..... n. ...., C.a.p. ....,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

Che le seguenti fotocopie allegate sono conformi agli originali in mio possesso (elencare le fotocopie allegate):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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.

-----  
-----



UNIVERSITÀ  
POLITECNICA  
DELLE MARCHE

—  
Dipartimento  
di Scienze Cliniche  
e Molecolari  
**DISCLIMO**

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

—