



AII. "B"

al bando

COD. 03/2023

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 neuro degenerative utilizzando i flussi amministrativi sanitari della Regione Marche-TREND"**, presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari - Università Politecnica delle Marche - Patologia Sperimentale

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: "Identificare le
traiettorie di invecchiamento nelle patologie neuro degenerative utilizzando i flussi
amministrativi sanitari della Regione Marche-TREND", presso il Dipartimento di
Scienze Cliniche e Molecolari dell'Università Politecnica delle Marche -Patologia
Sperimentale.

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;

C) di essere in possesso dei seguenti TITOLI di STUDIO¹ richiesto nel bando:



Laurea magistrale in biologia o lauree equipollenti; laurea magistrale in farmacia, tecnologie farmaceutiche, lauree equipollenti specificare:

Conseguito in data _____

Presso _____

con votazione _____;

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.

NEL CASO LAUREA CONSEGUITA ALL'ESTERO:

Diploma di Laurea in (specificare) _____

conseguito in data _____

presso _____ con votazione _____;

- Dottorato di ricerca specificare:

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.

DICHIARO DI ESSERE INFORMATO, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI AL D. Lgs. n. 196 DEL 30.06.2003, CHE I DATI PERSONALI RACCOLTI SARANNO TRATTATI ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA DICHIARAZIONE VIENE RESA.

Data _____ Firma autografa(*) _____

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)



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

—
Dipartimento
di Scienze Cliniche
e Molecolari
DISCLIMO

(*) 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.

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