

Al Preside della Facoltà di Scienze della Comunicazione

DATI ANAGRAFICI

COGNOME

NOME

STATO CIVILE SESSO

DATA E LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE

RESIDENZA (via, comune, provincia, cap)

DOMICILIO (se diverso dalla Residenza)

QUALIFICA

UNIVERSITA'/ENTE DI APPARTENENZA (indirizzo)

TEL/ FAX/ E-MAIL

SUPPLENZA/CONTRATTO (depenare la voce che non ricorre)

FACOLTA' SCIENZE DELLA COMUNICAZIONE A.A. 2017 / 2018

CORSO LAUREA Scienze della Comunicazione (L20)

INSEGNAMENTO Laboratorio Televisivo (L-ART/06)

DATI AI FINI FISCALI (RISERVATO ESCLUSIVAMENTE A DOMANDE PER CONTRATTO)

- LIBERO PROFESSIONISTA
Titolare di partita I.V.A.
- DIPENDENTE PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E/O ENTI PUBBLICI
INDICARE DENOMINAZIONE:

- LAVORATORE AUTONOMO (senza titolarità di partita I.V.A.)

Il candidato si impegna a comunicare eventuali variazioni relative al proprio Status Fiscale

MODALITA' DI PAGAMENTO (contratti e supplenze esterne)

CONTANTI ALLO SPORTELLO TRASMISSIONE DI ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE

BONIFICO BANCARIO

BANCA

FILIALE

C/C N. ABI CAB

codice IBAN _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ _

DATA _____

FIRMA _____

Il sottoscritto dichiara di non trovarsi nelle seguenti situazioni di incompatibilità:

- 1) (in caso di contratto) di non avere relazione di coniugio o un grado di parentela o di affinità fino al IV grado compreso, con il Rettore, con il Direttore Generale, un componente del Consiglio di Amministrazione o con un docente afferente alla struttura che attribuisce il contratto;
- 2) di non ricoprire uno dei mandati, cariche o uffici di cui all'art.12 e 13 del DPR n. 382/80 e successive modificazioni e integrazioni;
- 3) di non essere iscritto ai corsi di dottorato di ricerca, di perfezionamento e scuole di specializzazione dell'Università e di altri Atenei, nonché titolare di borse di studio per attività di ricerca post laurea, assegni di ricerca conferiti dall'Università o di altri Atenei.

DATA _____

FIRMA _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 D.P.R. 445/2000

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto:

CODICE FISCALE (se cittadino italiano) _____

NATO A (comune di nascita) _____ PROV. _____

IL _____ SESSO _____

RESIDENTE A _____ CAP _____

INDIRIZZO: VIA _____ n. _____

RECAPITI TELEFONICI _____

E-MAIL _____

Consapevole delle responsabilità penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- a) Che tutto quanto riportato nel curriculum vitae allegato alla domanda corrisponde al vero;
- b) Che tutto quanto riportato nell'elenco dei titoli allegati alla domanda corrisponde al vero;
- c) Che tutto quanto riportato nell'elenco delle pubblicazioni presentate in allegato alla domanda corrisponde al vero;
- d) Che tutto quanto riportato nell'elenco della documentazione relativa all'attività didattica svolta e ritenuta utile ai fini della presente procedura selettiva corrisponde al vero (se presentato);

Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

N.B. ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO