

*All. B*

**ISTANZA PER SUPPLENZA/CONTRATTO E DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 46 D.P.R. 28/12/2000, N. 445**

**Al Preside della Facoltà di Medicina Veterinaria  
dell'Università degli Studi di Teramo**

**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 .....

**CONTRATTO**

FACOLTA' ..... A.A. 2018 / 2019

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE .....

INCARICO DI TUTOR.....

**DATI POSIZIONE LAVORATIVA (RISERVATO ESCLUSIVAMENTE A DOMANDE PER CONTRATTO)**

- LIBERO PROFESSIONISTA**                       **DIPENDENTE PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E/O ENTI PUBBLICI**  
 Titolare di partita I.V.A.                                      INDICARE DENOMINAZIONE:  
 \_\_\_\_\_
- LAVORATORE AUTONOMO ( senza titolarità di partita I.V.A. )**

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

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 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);

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso visione della normativa del bando e dell'informativa allegata (All. E), ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali raccolti, inclusi quelli relativi alle categorie particolari, ai fini della partecipazione alla procedura di selezione per l'affidamento dell'incarico di insegnamento.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

**N.B. ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**