

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	_____
UNIVERSITÀ/ENTE DI APPARTENENZA (indirizzo)	_____
TEL./FAX/E-MAIL	_____

SUPPLENZA/CONTRATTO (depenare la voce che non ricorre)	
CORSO DI FORMAZIONE SU	_____
INSEGNAMENTO	_____

DATI AI FINI FISCALI (RISERVATO ESCLUSIVAMENTE A DOMANDE PER CONTRATTO)	
<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA Titolare di partita I.V.A.	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E/O ENTI PUBBLICI Indicare denominazione _____
<input type="checkbox"/> LAVORATORE AUTONOMO (senza titolarità di partita I.V.A.)	
Il candidato si impegna a comunicare eventuali variazioni relative al proprio Status Fiscale	

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. 382/1980 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, di non essere titolare di borse di studio post dottorato ex legge n. 386/1989, nonché titolare di borse di studio post laurea qualora contemporaneamente iscritto ad altro Corso.

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

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

Firma del dichiarante

Informativa e protezione dati personali.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso visione della normativa del bando e dell'informativa allegata, 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 relativa al conferimento degli incarichi di insegnamento relativi ai Corsi di Formazione nell'ambito del Progetto INPS Valore PA della Facoltà di Giurisprudenza.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

N.B. ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO