

**Al Consiglio Didattico Scientifico per il Tirocinio  
Formativo Attivo**

<b>DATI ANAGRAFICI</b>	
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	.....
<b>SUPPLENZA/CONTRATTO (depennare la voce che non ricorre)</b>	
FACOLTA'	..... A.A. 2014 / 2015
C. LAUREA/MASTER/S. DI SPEC.	.....
INSEGNAMENTO	.....
<b>DATI AI FINI FISCALI (RISERVATO ESCLUSIVAMENTE A DOMANDE PER CONTRATTO)</b>	
<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	
<b>Il candidato si impegna a comunicare eventuali variazioni relative al proprio Status Fiscale</b>	
<b>MODALITA' DI PAGAMENTO (contratti e supplenze esterne)</b>	
<input type="checkbox"/> CONTANTI ALLO SPORTELLO	<input type="checkbox"/> TRASMISSIONE DI ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE
<input type="checkbox"/> 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. 382/1980 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, nonché a titolari di borse di studio per attività di ricerca post-laurea, assegni di ricerca conferiti dall'Università o da 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