

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA
MASTER DI I LIVELLO IN COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE A.A. 2024/2025**

__l__ sottoscritt__ _____
Nome e Cognome

nat__ a _____ il _____
luogo di nascita data di nascita

cittadinanza _____
indicare la cittadinanza (per es.: italiana)

e residente a _____
luogo di residenza sigla

in _____
indicare il tipo di spazio (Corso, Piazza, Via, Viale o simili) n. civico C.A.P.

Codice fiscale _____
indicare il codice fiscale (in stampatello maiuscolo) se il richiedente è italiano o ne è in possesso

Recapito telefonico _____
indicare il proprio numero di cellulare completo di prefisso internazionale (solo se il proprio numero non è italiano)

Indirizzo e-mail _____
indicare la mail personale (in stampatello maiuscolo)

Indirizzo PEC _____
indicare l'indirizzo di posta elettronica certificata personale (in stampatello maiuscolo)

Livello di istruzione _____
indicare il titolo più elevato conseguito (solo se soggetto esterno ad un Ateneo italiano)

Posizione lavorativa _____
(per es.: Dipendente pubblico, Dipendente privato, Libero professionista)

Ateneo di appartenenza _____ SSD _____
indicare la denominazione dell'ateneo per esteso (solo per docenti strutturati) (sigla)

Dipartimento di afferenza _____
indicare in nome per esteso (solo per docenti strutturati)

Qualifica professionale _____
indicare la qualifica e l'eventuale ente di appartenenza (solo per soggetti esterni)

CHIEDE

Di partecipare alla procedura comparativa n. _____ del _____
Prot. n. (data del protocollo)

per l'assegnazione dell'incarico di docenza:

_____ nome dell'insegnamento (nome in stampatello presente nell'Allegato 1)

_____ per la sede di _____
nome del modulo (tra parentesi dopo il nome dell'insegnamento presente nell'Allegato 1) indicare se Padova o Monselice

nel Master in COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE per l'anno accademico 2024/2025.

DICHIARA
(barrare con una X)

- di non avere un grado di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso con un professore appartenente alla struttura che attribuisce il contratto ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di amministrazione;
- di essere dipendente di Università italiane
- di essere dipendente di Università straniere
- di essere dipendente di un Ente Pubblico diverso dall'Università

Allegato n. 2: Modulo per la domanda di ammissione alla procedura comparativa

- di essere un libero professionista
 di essere dipendente di un Ente Privato
 di essere titolare di assegno di Ricerca ai sensi dell'art. 51 comma 6 Legge 449/97 o ai sensi dell'art. 22 Legge 240/2010 (si ricorda che in tal caso l'attribuzione dell'incarico è subordinata al nulla osta del Responsabile scientifico, ove presente, o del Direttore del Dipartimento presso cui svolge la propria ricerca)
Altro: _____

ALLEGA

(barrare con una X)

- Curriculum vitae datato e firmato, comprensivo dell'eventuale elenco delle pubblicazioni e dei titoli ritenuti utili alla valutazione;
 Nulla osta o copia della domanda di nulla osta presentata alla propria Università *(per i dipendenti di Atenei italiani)*
 Autorizzazione o copia della richiesta di autorizzazione *(per i dipendenti di Enti Pubblici diversi dall'Università)*
 Fotocopia del documento di riconoscimento
 Altro *(specificare)* _____

DICHIARA, infine:

- a) di aver preso visione di tutte le condizioni presenti nel bando;
b) di essere a conoscenza che dati personali forniti saranno trattati, in forma cartacea o informatica, ai soli fini della presente procedura e degli atti connessi e conseguenti al presente bando, nel rispetto della normativa vigente;
c) che tutto quanto riportato nel curriculum vitae allegato alla domanda corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000;
d) che è consapevole che le mendaci dichiarazioni, la falsità negli atti, l'uso o l'esibizione di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale art. 76 DPR 445/2000;
e) che i documenti e/o titoli eventualmente presentati in fotocopia, sono conformi agli originali.

Luogo e data

Firma