

Al Direttore del Dipartimento di Medicina e Innovazione Tecnologica
dell'Università degli Studi dell'Insubria
Ospedale di Circolo, Piano Terra – Nuovo Monoblocco
Via Guicciardini, 9
21100 VARESE

Il sottoscritto chiede di essere ammesso alla selezione pubblica per l'affidamento dell'incarico per Lavoro Autonomo per lo svolgimento dell'attività, altamente qualificata, di responsabile metodologico esperto di certificazione delle competenze nell'ambito della "Convenzione attuativa per attività di ricerca relativa ai percorsi formativi e alle certificazioni rilasciate da atenei stranieri per infermieri" (Cod. attività 240115SOC), stipulata tra PoliS-Lombardia e il Dipartimento di Medicina e Innovazione Tecnologica dell'Università degli Studi dell'Insubria.

A tal fine, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in materia di norme penali, **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità, che tutto quanto indicato, nella presente domanda corrisponde al vero, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000:

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE

- DI ESSERE CITTADINO ITALIANO;**
ovvero di avere la seguente cittadinanza
- DI ESSERE ISCRITTO NELLE LISTE ELETTORALI DEL COMUNE DI (sole per i cittadini italiani)**
ovvero di non essere iscritto per i seguenti motivi
- DI NON AVERE RIPORTATO CONDANNE PENALI E NON AVERE PROCEDIMENTI PENALI IN CORSO**
ovvero (specificare le condanne riportate e i procedimenti penali pendenti)
..... (a)

TITOLO DI STUDIO

Conseguito in data

<input type="text"/>	<i>voto</i>
----------------------	-------------

Presso

Per i titoli stranieri: si allega dichiarazione di equipollenza completa di traduzione del titolo conseguito e di dichiarazione di valore e legalizzazione a cura della Rappresentanza Diplomatica Italiana competente.

- DI ESSERE NELLA SEGUENTE POSIZIONE RISPETTO AGLI OBBLIGHI MILITARI:** (rinvitato; esente; assolto, in attesa di chiamata, altro)
.....

- ❑ **DI AVER PRESTATO SERVIZIO PRESSO LA SEGUENTE PUBBLICA AMMINISTRAZIONE:**.....
CON LA QUALIFICA DI
CAUSA DI RISOLUZIONE(b) ;

- ❑ **DI NON ESSERE STATO DESTITUITO O DISPENSATO DALL'IMPIEGO PRESSO UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE PER PERSISTENTE INSUFFICIENTE RENDIMENTO, OVVERO DI NON ESSERE STATO DICHIARATO DECADUTO DA UN IMPIEGO STATALE AI SENSI DEL PRIMO COMMA, LETTERA D) DEL D.P.R. 10.1.1957, N.3 E DI NON ESSERE STATI LICENZIATI PER AVER CONSEGUITO L'IMPIEGO MEDIANTE LA PRODUZIONE DI DOCUMENTI FALSI O CON MEZZI FRAUDOLENTI;**

Solamente per i cittadini dell'Unione Europea o Extra Europea:

- ❑ **DI GODERE DEI DIRITTI CIVILI E POLITICI NELLO STATO DI APPARTENENZA;** ovvero (specificare i motivi in caso negativo)
.....;

- ❑ **DI AVERE ADEGUATA CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA;**

RECAPITO CUI INDIRIZZARE EVENTUALI COMUNICAZIONI RELATIVE AL CONCORSO:

Via		<i>n.</i>
Località		<i>c.a.p.</i>
Comune		
Telefono		
Indirizzo e-mail		

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali allegata al bando di concorso redatta ai sensi del Regolamento UE 2016/679, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Il sottoscritto allega alla presente istanza la **fotocopia di un proprio documento** di riconoscimento valido **e il proprio curriculum vitae datato e sottoscritto** e dichiara che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e che le eventuali fotocopie allegate sono conformi all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000.

LUOGO, DATA _____

FIRMA _____ (c)

- a) indicare le condanne penali riportate, anche se sia stato concesso il condono, l'indulto, il perdono giudiziale o l'amnistia ovvero i procedimenti penali eventualmente pendenti, dei quali deve essere specificata la natura.
- b) indicare i servizi eventualmente prestati alle dipendenze di una pubblica amministrazione e le cause dell'eventuale risoluzione del rapporto di impiego.
- c) la firma è obbligatoria pena la nullità della domanda.