**ALLEGATO A**

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DA REDIGERSI SU CARTA LIBERA

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SANITA’ PUBBLICA E MALATTIE INFETTIVE

MAIL **concorsi-dspmi@uniroma1.it**

Il/La sottoscritto/a ..........................................................................................................

Nato/a a..............................prov. di...................... il.........................e residente a ................................. (Prov............) in Via............................................................... (Cap..................) e-mail: …………………………………………

chiede di essere ammesso/a a partecipare alla procedura selettiva pubblica, per titoli e colloquio per il conferimento di un assegno di ricerca avente il seguente progetto di ricerca ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... Settore Scientifico disciplinare …………… presso il Dipartimento di ………………………….. di cui al bando n…… pubblicizzato il ……

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

1) di aver conseguito il diploma di Laurea in .....................in data..................... presso l’Università di …………………….. con voto di …………………………..

2) - (**In caso di assegno di tipo I di cui all’art. 3 del Regolamento)**:di possedere il curriculum scientifico- professionale idoneo allo svolgimento dell'attività di ricerca.

- (**In caso di assegno di tipo II di cui all’art. 3 del Regolamento)**: di essere in possesso del titolo di dottore di ricerca (PostDoc) in ...................................oppure di essere in possesso del seguente titolo equivalente conseguito all’estero ovvero, per i settori interessati, di essere in possesso di titolo di specializzazione di area medica corredato di un’adeguata produzione scientifica, o di possedere la qualifica di ricercatore con curriculum più avanzato anche per aver ottenuto le seguenti posizioni strutturate in Università, Enti di ricerca, istituzioni di ricerca applicata, pubbliche o private, estere o, limitatamente alle posizioni non di ruolo, italiane ………………………

3) di essere cittadino .......................;

4) di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso OPPURE di aver riportato la seguente condanna ........... emessa dal ................. in data .......... oppure avere in corso i seguenti procedimenti penali pendenti.........;

5) di non essere titolare di altre borse di studio a qualsiasi titolo conferite o di impegnarsi a rinunciarvi in caso di superamento della presente procedura selettiva; di non essere iscritto a Corsi di Laurea, Laurea specialistica o magistrale, dottorato di ricerca con borsa o specializzazione medica, in Italia o all’estero, Master universitari;

6) di non essere dipendente di ruolo dei soggetti di cui all’art. 22, comma 1, della L. 240/2010;

7) di non avere un grado diparentela o affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento che bandisce la selezione, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione della “Sapienza” Università di Roma”, così come disposto dall’art. 18 comma 1 lettera b) ultimo periodo della Legge 240/2010;

8) di voler ricevere le comunicazioni relative alla presente procedura selettiva al seguente indirizzo di posta elettronica:………………………………...

9) **EVENTUALE** di voler rinunciare al preavviso di 20 giorni per sostenere il colloquio:

I candidati portatori di handicap, ai sensi della Legge 5 Febbraio 1992, n. 104 e successive modifiche, dovranno fare esplicita richiesta, in relazione al proprio handicap, riguardo l’ausilio necessario per poter sostenere il colloquio.

Il sottoscritto allega alla presente domanda, in formato pdf:

1) fotocopia di un documento di riconoscimento;

2) dichiarazione relativa all’eventuale fruizione del dottorato di ricerca senza borsa e/o attività svolta in qualità di assegnista di ricerca (Allegato B);

3) certificato di laurea con voto e con l'indicazione delle votazioni riportate nei singoli esami di profitto;

4) ***(eventuale)*** *titolo di dottore di ricerca o titolo equivalente anche conseguito all’estero ovvero per i settori interessati, il titolo di specializzazione di area medica corredato di un’adeguata produzione scientifica;*

5) documenti e titoli che si ritengono utili ai fini del concorso (diplomi di specializzazione, attestati di frequenza di corsi di perfezionamento post-laurea, conseguiti in Italia o all'estero, borse di studio o incarichi di ricerca conseguiti sia in Italia che all'estero, etc.);

6) curriculum della propria attività scientifica e professionale datato e firmato;

7) eventuali pubblicazioni scientifiche.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data .............. Firma............................................

(non soggetta ad autentica ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

**ALLEGATO B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(ART. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

Io sottoscritto/a ………………………………………………………………. nato il …………………………….…….. a ………………………..……….…………………… (prov. ….) codice fiscale ……………………………………………….., consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 ed ai sensi dell’art. 22 della Legge 240/2010

**DICHIARO**

□ di usufruire del dottorato di ricerca senza borsa di studio dal ……………..…...... al ….……………..……….. (totale mesi/anni ……………..…………) presso………………....…………………………………………………….

□ di essere stato titolare di assegno di ricerca, ai sensi dell’art. 22 della Legge 240/2010:

dal ………….……………….... al …………..……………. (totale mesi/anni ……………...…….)

presso …………………………………………………………………………………………………………

dal ………….……………….... al …………..……………. (totale mesi/anni ……………...…….)

presso ……….……………………………………………………………………………………………………… dal ………….……………….... al …………..………. (totale mesi/anni ……………...…….)

presso ……...……………………………………………………………………………………………………

□ di non essere mai stato titolare di assegno di ricerca, ai sensi dell’art. 22 della Legge 240/2010.

□ di essere stato titolare di contratto di ricercatore a tempo determinato, ai sensi dell’art. 24 della Legge 240/2010:

dal …………………………….... al ………..…..………….. (totale anni …………………….)

presso ……...……………………………………………………………………………………………………

dal …………………………….... al ………..…..…………. (totale anni ……………….……)

presso …………...………………………………………………………………………………………………

□ di non essere mai stato titolare di contratto di ricercatore a tempo determinato, ai sensi dell’art. 24 della Legge 240/2010:

Indicare eventuali periodi trascorsi in aspettativa per maternità o per motivi di salute secondo la normativa vigente ……………………………………………………………………………………………………………

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al d.lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data (FIRMA) …………………………………..

**ALLEGATO C**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(ART. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

Io sottoscritto/a ……………..…………...…………………………………………………. nato/a il …………………………….…….. a ………………..…….………………… (prov. …………..….) candidato alla selezione pubblica per il conferimento di n. …….. assegno/i per la collaborazione ad attività di ricerca dal titolo “………………………………………………………………………………….” presso il Dipartimento di ………………………………………………………………………..

**DICHIARO**

di non avere alcun grado di parentela o di affinità, fino al IV grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di …………………………………………………….…… ovvero, con il Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione della “Sapienza” Università di Roma, così come disposto dall’art. 18 comma 1 lettera b) ultimo periodo della Legge 240/2010.

Luogo e data

(FIRMA) …………………………………..

**ALLEGATO D**

Al Direttore del Dipartimento di Sanità

Pubblica e Malattie Infettive

della “Sapienza” Università di Roma

P.le Aldo Moro n. 5

00185 ROMA

OGGETTO: Informazioni di cui all’art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino della**,** da parte delle strutture in indirizzo, disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) - Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente, io sottoscritt\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

in qualità di (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per le finalità di cui all’art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013,

dichiaro

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’ art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

□ di non svolgere incarichi, di non di rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

ovvero

□ di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritt\_, unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) indicare la qualità

Modello per personale esterno **ALLEGATO E-1**

Al Dipartimento di Sanità

Pubblica e Malattie Infettive

“Sapienza” Univ. di Roma

Sede

Oggetto: **Dichiarazione ai fini dell’applicazione dell’arti 21-ter del decreto-legge n. 201/2011, convertito, con modificazioni,dalla legge n. 214/2011 e sue successive modificazioni ed integrazioni.**

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze derivanti dalle dichiarazioni false e mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA’

1. Che prevede di percepire, nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i seguenti importi lordi per retribuzione/emolumenti/compensi corrisposti in relazione ad incarichi ulteriori e/o consulenze conferite dall’amministrazione di appartenenza e da altre pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1 comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, nonché dalle Autorità Indipendenti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Soggetto Conferente1 | Natura dell’incarico/rapporto2 | Data di conferimento | Importo lordo (anche presunto) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Che percepisce i seguenti trattamenti pensionistici pubblici obbligatori:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ente erogante | tipologia | Importo lordo3 (anche presunto) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Che prevede di percepire, nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, i seguenti importi lordi per

Retribuzioni/emolumenti/compensi corrisposti in relazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nel caso in cui si verifichino variazioni della propria situazione sopra indicata, ivi esclusa l’attribuzione di trattamenti pensionistici pubblici obbligatori, il/la sottoscritto/a si impegna a darne immediata comunicazione all’amministrazione che ha conferito l’incarico.

*Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante “Codice in maniera di protezione dei dati personale”, che i dati personali raccolti saranno trattati, (ad esclusione dei dati pensionistici) anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente comunicazione è resa e che i dati di cui alla lettera A) saranno pubblicati sul sito del soggetto conferente, secondo le modalità previste dalla citata normativa in materia di protezione dei dati personali.*

*(luogo e data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma del dichiarante*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*1 Indicare il soggetto conferente con il quale è in corso il rapporto (amministrazione/organismo) a carico del quale sono erogate al dichiarante le retribuzioni/emolumenti/compensi;*

*2 Indicare se si tratta di incarico o impiego di diritto privato o di natura pubblicistica;*

*3 al netto del contributo di solidarietà di cui all’art. 1 comma 486 L.147/2013.*