Allegato “A”

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE**

(dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell’art. 46 del DPR 445/2000)

Bando di Selezione **Prot. del** Al Direttore del Dipartimento

di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

[concorsi-dspmi@uniroma1.it](mailto:concorsi-dspmi@uniroma1.it)

Il sottoscritto (cognome e nome)………………………………………………………

Codice fiscale ……………………………….….

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al concorso PREMIO GIOVANI DSPMI-1 o -2”. e

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 761 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

* di essere nato/a a ……………………………… (provincia di ……) il ………..
* di essere residente in via………………………………………….n° … Comune di ……………………..……. (provincia di …….) cap……….
* di eleggere il seguente recapito agli effetti del concorso:

Città ………………………………………… (provincia di …………… )

Via ………………………………………………………… CAP …………

* numero telefonico…………… e-mail: ……………………
* di essere cittadino/a ……………………………………….
* di possedere la laurea in ………………………………………… conseguita

in data …………………………. presso l’Università di …………………………………

con la seguente votazione ………………… …………… discutendo una tesi in …………….. dal seguente titolo……………………………..

* di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o del recapito.
* *(dichiarazione facoltativa ma da specificare)* di rinunciare al preavviso di venti giorni previsto per il colloquio.

Data………………………………………….. Firma………………………………….

Dichiara, inoltre di essere informato/a ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003 che i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque nell’ambito delle attività istituzionali dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, titolare del trattamento.

Al titolare competono i diritti di cui al D.lgs. 196/2003.

Data………………………………………….. Firma………………………………….

**AVVERTENZE:**

1. Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art.76 DPR 28/12/2000 n. 445)

2. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 DPR 28/12/2000 n. 445).

Allegato “B”

*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE*

*(ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)*

Al Direttore del Dipartimento

di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

Il/La sottoscritt…………………………………………………………………………………

codice fiscale n. ……………………………………………

nato/a a ……………………………………………………….. (prov. di…………) il ………………

residente in via ………………………………… Comune di…………..(prov. di…………) cap.

…… …..tel……… e-mail: ……………………

DICHIARA

Che le copie dei documenti/titoli/pubblicazioni inviate in formato elettronico unitamente alla domanda di partecipazione alla selezione, e qui di seguito elencati, sono conformi agli originali:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Il sottoscritto inoltre dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace, formazione o uso di atti falsi come previsto dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell’art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l’Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del d.lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall’Università per assolvere gli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il sottoscritto allega fotocopia del documento di identità in corso di validità 2

Data…………………………………………………… Firma 2……………………………….

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

2 La fotocopia del documento di identità in corso di validità è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione.

2 La firma è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione, e deve essere leggibile.