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

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

Codice fiscale ……………………………….….

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al concorso per l’attribuzione di una borsa di studio per la seguente attività di ricerca post-lauream: …………………………………………………………

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 essere in possesso del titolo di Dottore di Ricerca in ……………………… conseguito in data…………. presso l’Università di………………………………
* di essere in possesso del titolo di specializzazione in ……………………….

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

* di essere in possesso degli ulteriori seguenti titoli valutabili ai fini della presente procedura di selezione:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….…………………….

……………………………………………………….……………………………….

* di avere le seguenti pubblicazioni scientifiche:

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

* 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.

Allegato “C”

 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 “D1”

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.*