

Al Direttore Generale dell'A.O.R.N.
S. Anna e S. Sebastiano di Caserta

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE INTERNA PER INCARICO
D'INSEGNAMENTO AL CORSO DI LAUREA IN TECNICHE DI RADIOLOGIA
MEDICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA – A.A. 2020/2021**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammess_ alla procedura valutativa, per titoli, diretta al conferimento di n. 1 incarico di insegnamento in _____

codice _____

Sede _____

per il corso di laurea in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia A.A. 2020/2021.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

- consapevole che questa Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- consapevole che qualora le sottoindicate dichiarazioni dovessero risultare, anche parzialmente, non conformi al vero, sarà escluso dalla procedura selettiva;
- consapevole, altresì, della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del predetto D.P.R.;

DICHIARA

- che i propri dati anagrafici sono i seguenti:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nat_ a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____
Cittadinanza _____ Residente a _____
Prov. _____ in Via _____
Tel. _____ Cell. _____
E-mail _____

- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dal bando;
- di essere dipendente dell'A.O.R.N. S. Anna e S. Sebastiano di Caserta con contratto di subordinazione a tempo indeterminato e di prestare servizio presso la U.O. _____;
- di essere in possesso della Laurea triennale specialistica/magistrale in _____
conseguita presso _____
in data _____ con votazione ____/____ ovvero di titolo equipollente _____
conseguito presso _____ in data _____
con votazione ____/____;
- di essere in possesso di:

Dottorato di Ricerca in _____ di
durata _____ conseguito presso
_____ in data _____ con
votazione ____/____ ovvero di titolo equipollente _____
conseguito presso _____ in data _____ con
votazione ____/____;

Diploma di Specializzazione in _____
di _____ durata _____ conseguito presso
_____ in data _____ con
votazione ____/____ ovvero di titolo equipollente _____
conseguito presso _____ in data _____ con
votazione ____/____;

Diploma di Master di _____ livello in _____
di _____ durata _____ conseguito presso _____
_____ in data _____ con
votazione ____/____ ovvero di _____ titolo _____ equipollente
_____ conseguito presso _____
_____ in data _____ con
votazione ____/____;

Corso di Perfezionamento in _____
di _____ durata _____ conseguito presso _____
_____ in data _____ con
votazione ____/____ ovvero di _____ titolo _____ equipollente
_____ conseguito presso _____
_____ in data _____ con
votazione ____/____;

dei seguenti altri titoli:

della sottoriportata esperienza didattica universitaria (specificare tipologia di corso/insegnamento/anno accademico di conferimento)

– di possedere, ai fini della valutazione, le sottoelencate pubblicazioni:

- di essere in possesso, come si evince dall'allegato curriculum, di un'esperienza professionale in qualità di _____ (es. medico, infermiere, ingegnere etc.) pari a n° _____ anno/i;

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa ed autorizza il trattamento dei propri dati personali per dette finalità.

Luogo e data _____

Firma

Allega:

- copia fotostatica di un documento di riconoscimento, fronte/retro, in corso di validità;**
- recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni (indicare solo se è diverso dalla residenza):**

presso _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n° _____