

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. 2023/2026**

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. 2023/2026

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 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 sotto riportata 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 fronte/retro del codice fiscale;**
- 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° \_\_\_\_\_