ALLEGATO "A"

# AL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale,

Università degli Studi di Ferrara,

Via Luigi Borsari, 46

44121 Ferrara

Il/la sottoscritto/a

# COGNOME

(le donne coniugate indicano il cognome da nubile)

NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

PARTITA IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ISCRITTO ALL’ALBO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO A PROV. IL

RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. STATO

INDIRIZZO C.A.P.

chiede di partecipare alla selezione per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico ex art. 26 D.P.R. 382/1980:

**Riferimento n.:**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

1. di essere nato in data e luogo sopra riportati;

2. di essere residente nel luogo sopra riportato;

3. di essere cittadino ;

1. di essere in possesso del seguente titolo di studio:

* Laurea triennale conseguita ai sensi del D.M. 509/99

Conseguita in data con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso l’Università di

Titolo della Tesi:

* Laurea prevista dagli ordinamenti didattici previgenti al D.M 509/1999

Conseguita in data con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso l’Università di

Titolo della Tesi:

* Laurea specialistica conseguita ai sensi del D.M. 509/99 in

conseguita nella classe n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(denominazione classe)*

Conseguita in data con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso l’Università di

Titolo della tesi:

* Laurea magistrale conseguita ai sensi del D.M. 270/04 in

conseguita nella classe n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(denominazione classe)*

Conseguita in data con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso l’Università di

Titolo della tesi:

Il/la sottoscritto/a dichiara di eleggere quale recapito ai fini della procedura selettiva il seguente indirizzo:

PRESSO

INDIRIZZO C.A.P.

COMUNE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. STATO

TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E -MAIL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione del recapito stesso.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente:

1) copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale;

2) curriculum in duplice copia della propria attività scientifica, didattica e professionale: uno ai fini della selezione stessa ed uno per la pubblicazione sul web privo di dati sensibili, completo di firma di autorizzazione.

Luogo e data

Il dichiarante