

**ALLEGATO 1**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla valutazione comparativa per titoli ed eventuale colloquio un incarico professionale per lo svolgimento di attività di tutoraggio clinico all'interno del Master in "Chirurgia implantare e ossea ricostruttiva" A.A. 2021/2022.

Codice di Selezione n.: \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, che tutto quanto indicato, nella presente domanda corrisponde al vero, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000:

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA  PROV

RESIDENTE A  PROV  CAP

VIA  N.

CITTADINANZA ITALIANA 

SI	NO
----	----

CITTADINI UE: cittadinanza

CITTADINI extra UE: cittadinanza

ISCRIZIONE LISTE ELETTORALI  
(Solo per i cittadini italiani)

SI	Comune: _____
NO	Perché _____

**CONDANNE PENALI (a)**

NO	
SI	Quali _____

DICHIARO

Dichiaro di non essere stato dipendente di una Pubblica Amministrazione, così come individuata dall'art. 1 comma 2 del D.Lgs 165/2001

**Oppure**

Dichiaro di essere stato dipendente della Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_ (indicare denominazione della PA) e di non aver, negli ultimi tre anni di servizio, esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della predetta pubblica amministrazione nei confronti della Fondazione.....

**TITOLO DI STUDIO:**

➤ **Ordinamento previgente:** \_\_\_\_\_

Rilasciato dalla Facoltà di \_\_\_\_\_

Università degli studi di \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Conseguito in data

	Voto:
--	-------

➤ **Nuovo ordinamento:** \_\_\_\_\_

appartenente alla Classe di laurea di primo livello o specialistica/magistrale \_\_\_\_\_

Rilasciato dalla Facoltà/Scuola di \_\_\_\_\_

Università degli studi di \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Conseguito in data

	Voto:
--	-------

**REQUISITI DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE:**

- Laurea magistrale e magistrale a ciclo unico conseguita ai sensi del D.M. 270/04 nelle seguenti classi: LM-41 Medicina e Chirurgia, LM-46 Odontoiatria e protesi dentaria o lauree di secondo ciclo o ciclo unico di ambito disciplinare equivalente, eventualmente conseguite ai sensi degli ordinamenti previgenti (D.M. 509/99e Vecchio Ordinamento);  SI  NO
- Precedente esperienza clinica in materia di chirurgia orale ricostruttiva;  SI  NO
- Iscrizione all'Albo Italiano dei Medici Odontoiatri;  SI  NO
- possesso di un'assicurazione per rischio professionale medico che copra anche per attività svolte in strutture pubbliche con postuma decennale e garanzia anche delle attività chirurgiche e i rischi connessi;  SI  NO
- Assenza di condanne penali e di procedimenti penali pendenti (in caso contrario indicare quali);  SI  NO
- conoscenza della lingua italiana (se stranieri);  SI  NO

di dichiarare nel curriculum allegato all'istanza di partecipazione i titoli che si intendono presentare ai fini della loro valutazione.

Essere portatore di handicap

SI
----

NO

e avere necessità del seguente ausilio

---

di eleggere il proprio domicilio per le comunicazioni in merito a questa selezione in

VIA  N.

COMUNE  PROV  CAP

TELEFONO

CELLULARE

INDIRIZZO

E-MAIL

PRESSO

Il/la sottoscritto/a allega alla presente istanza copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e/o integrazioni alla luce del Regolamento (UE) 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data,

Firma

Allega alla presente istanza il proprio *curriculum vitae* datato e sottoscritto e dichiara che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e che le eventuali fotocopie allegate sono conformi all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000.

Data,

Firma