

## ALLEGATO 1

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

### CHIEDE

di partecipare alla valutazione comparativa per titoli e colloquio per l'attivazione di n. 3 incarichi professionali per lo svolgimento di attività di coordinamento e tutoraggio clinico per il Master in Odontoiatria Conservativa e Protesi Estetica A.A. 2024/2025 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                          | <input type="text"/>                                      |      |                      |                          |    |    |
| NOME                             | <input type="text"/>                                      |      |                      |                          |    |    |
| DATA DI NASCITA                  | <input type="text"/>                                      |      |                      |                          |    |    |
| LUOGO DI NASCITA                 | <input type="text"/>                                      | PROV | <input type="text"/> |                          |    |    |
| RESIDENTE A                      | <input type="text"/>                                      | PROV | <input type="text"/> | CAP <input type="text"/> |    |    |
| VIA                              | <input type="text"/>                                      | N.   | <input type="text"/> |                          |    |    |
| CITTADINANZA ITALIANA            | <table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table> |      |                      |                          | SI | NO |
| SI                               | NO                                                        |      |                      |                          |    |    |
| CITTADINI UE: cittadinanza       | <input type="text"/>                                      |      |                      |                          |    |    |
| CITTADINI extra UE: cittadinanza | <input type="text"/>                                      |      |                      |                          |    |    |

ISCRIZIONE LISTE ELETTORALI  
(Solo per i cittadini italiani)

|    |               |
|----|---------------|
| SI | Comune: _____ |
| NO | Perché _____  |

**CONDANNE PENALI (a)**

|    |
|----|
| NO |
| SI |

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. 509/99 e Vecchio Ordinamento); ☐ SI' ☐ NO
- Esperienza di tutoraggio clinico; ☐ SI' ☐ NO
- Esperienza clinica in materia di odontoiatria conservativa e protesi estetica; ☐ 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; ☐ SI' ☐ NO
- Ottima 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