

ALLEGATO 1

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di partecipare alla valutazione comparativa per titoli ed eventuale colloquio per l'attivazione di due incarichi professionali per lo svolgimento di attività di tutoraggio clinico all'interno del Master in "Endodonzia Clinica" 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

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 endodonzia; ☐ 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