

ALLEGATO 1

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di partecipare alla valutazione comparativa per titoli e colloquio per l'attivazione di n. 1 incarichi professionali per lo svolgimento di attività di tutoraggio clinico per il Master in "Odontoiatria del sonno" A.A. 2025/2026 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

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

• Precedente esperienza clinica in materia di Ortognatodonzia/Odontoiatria del sonno; ☐ 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