ALLEGATO 1

Il/La sottoscritto/a_____

CHIEDE

di partecipare alla valutazione comparativa per titoli ed eventuale colloquio per l'attivazione di sei incarichi professionali per lo svolgimento di attività di tutoraggio clinico all'interno del Master in "Chirurgia implantare e ossea ricostruttiva" 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	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 disabilità	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