

Fondazione di Medicina Molecolare e Terapia Cellulare

c/o Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari – Clinica Medica
Facoltà di Medicina e Chirurgia – Via Tronto 10/A – 60126 Ancona
Codice Fiscale-P. IVA: 02213100429

AII. "B"

al bando emanato

Con Determina n. 18 del 31/07/2020

SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO individuale con contratto di lavoro autonomo presso LA FONDAZIONE DI MEDICINA MOLECOLARE E TERAPIA CELLULARE

Al Presidente del Consiglio di Amministrazione
Della Fondazione di Medicina Molecolare
e Terapia Cellulare
Via Tronto n. 10/A
60126 - ANCONA

Il/la sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____, nato/a il (*data di nascita*) _____ a (*luogo di nascita*) _____ chiede di essere ammesso alla selezione per titoli e colloquio per l'affidamento di un incarico individuale con contratto di lavoro autonomo per lo svolgimento dell'attività specificata nel bando nell'ambito del Progetto ¹ "GENERAZIONE DI UN NUOVO TOPO TRANSGENICO PER LO STUDIO DELLA SCLEROSI SISTEMICA E DI ALTRE MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO" presso la sede della Fondazione di Medicina Molecolare e Terapia Cellulare.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste dal Codice Penale e dalle leggi in materia, in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, dichiara, ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del d.p.r. 445/2000 e s.m.i.:

A) di essere residente nel comune _____ (PROV.) _____
VIA _____ C.A.P. _____

B) di essere in possesso della cittadinanza italiana;

C) di essere in possesso della cittadinanza dello (*indicare quale*) _____ e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

D) di essere in possesso del TITOLO di STUDIO² richiesto nel bando:

- Diploma di Laurea (*specificare tipo magistrale, specialistica, vecchio ordinamento*)
_____ conseguito in data _____
presso _____ con votazione _____;

- Dottorato di Ricerca in (*specificare tipo magistrale, specialistica, vecchio ordinamento*)
_____ conseguito in data _____

¹ Con riferimento a progetti di ricerca si ricorda che la prestazione può essere solo a supporto o strumentale alla ricerca.

² Qualora i caratteri della prestazione rientrano nelle ipotesi derogatorie del 2° capoverso del comma 6 dell'art.7 D. Lgs.165/2001, va inserito il titolo di studio e/o professionale corrispondente.

Fondazione di Medicina Molecolare e Terapia Cellulare

c/o Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari – Clinica Medica
Facoltà di Medicina e Chirurgia – Via Tronto 10/A – 60126 Ancona
Codice Fiscale-P. IVA: 02213100429

presso _____ con votazione _____;

NEL CASO LAUREA CONSEGUITA ALL'ESTERO:

Diploma di Laurea in (specificare) _____

conseguito in data _____

presso _____ con votazione _____;

E) di conoscere la/e LINGUA/E STRANIERA/E (specificare quali) _____ LIVELLO
(avanzato, medio, etc) _____;

F) di possedere i seguenti requisiti professionali COSI' COME RICHIESTI NEL BANDO
(specificare) _____;

G) di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente selezione al SEGUENTE indirizzo:

VIA _____;

COMUNE _____ (PROV.) _____

C.A.P. _____ TELEFONO _____ CELL. _____

e-mail _____;

H) di voler essere contattata ai fini del colloquio al seguente contatto Skype _____;

Dichiara altresì di aver preso visione del disciplinare di incarico allegato al bando e di accettare tutte le clausole in esso contenute, impegnandosi in caso di esito positivo della selezione a svolgere l'attività oggetto della prestazione nei termini e con le modalità contenute nel suddetto disciplinare.

AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI ALL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679, CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE DOMANDA DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA RESA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI INTERESSATI EFFETTUATO NELL'AMBITO DELLE PROCEDURE DI RECLUTAMENTO DEL PERSONALE E DI SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI ASSEGNI DI RICERCA, INCARICHI DI COLLABORAZIONE E/O INSEGNAMENTO PUBBLICATA SUL SITO DELL'ATENEO UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE ALLA VOCE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE, ENTI CONTROLLATI, ENTI DI DIRITTO CONTROLLATI PARTECIPATI, FONDAZIONE DI MEDICINA MOLECOLARE E TERAPIA CELLULARE, PRIVACY

Data _____ Firma autografa(*) _____

(*) Se la dichiarazione è consegnata personalmente al funzionario addetto, la firma autografa dovrà essere apposta in sua presenza.

Se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi dovrà essere sottoscritta con firma autografa dal candidato che dovrà, inoltre, allegare alla stessa fotocopia semplice di un documento di identità.

Fondazione di Medicina Molecolare e Terapia Cellulare

c/o Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari – Clinica Medica
Facoltà di Medicina e Chirurgia – Via Tronto 10/A – 60126 Ancona
Codice Fiscale-P. IVA: 02213100429

ALLEGA:

- **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ART. 46 DPR 445/2000) con CURRICULUM vitae in formato europeo E/O TITOLI nella forma della DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (ART. 47 D.P.R. N. 445/2000)**

AII. "C"

al bando emanato

Con Determina n. 18 del 31/07/2020

SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO individuale con contratto di lavoro autonomo PRESSO LA FONDAZIONE DI MEDICINA MOLECOLARE E TERAPIA CELLULARE.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ART. 46 DPR 445/2000) e CURRICULUM VITAE

Con riferimento alla domanda di partecipazione per la selezione sopra indicata, il/la sottoscritto/anato/a a (provincia.....) il, residente in (provincia), via/c.so/p.zza n., C.a.p.,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, che le informazioni contenute nel proprio *Curriculum vitae in formato europeo* **allegato e parte integrante della presente dichiarazione** corrispondono a verità.

Data _____ Firma autografa(*)_____

(*) Se la dichiarazione è consegnata personalmente al funzionario addetto, la firma autografa dovrà essere apposta in sua presenza.

Se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi dovrà essere sottoscritta con firma autografa dal candidato che dovrà, inoltre, allegare alla stessa fotocopia semplice di un documento di identità.

Fondazione di Medicina Molecolare e Terapia Cellulare

c/o Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari – Clinica Medica
Facoltà di Medicina e Chirurgia – Via Tronto 10/A – 60126 Ancona
Codice Fiscale-P. IVA: 02213100429

AII. "D"

al bando emanato

Con Determina n. 18 del 31/07/2020

SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO individuale con contratto di lavoro autonomo PRESSO LA FONDAZIONE DI MEDICINA MOLECOLARE E TERAPIA CELLULARE.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (ART. 47 D.P.R. N. 445/2000)

Con riferimento alla domanda di partecipazione per la selezione sopra indicata, il/la sottoscritto/anato/a a (provincia.....) il, residente in (provincia), via/c.so/p.zza n., c.a.p.,

DICHIARA

ai sensi dell' art. 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000
Che le seguenti fotocopie allegate sono conformi agli originali in mio possesso (elencare le fotocopie allegate):

- _____
- _____
- _____
- _____

Data _____ Firma autografa(*)_____

(*) Se la dichiarazione è consegnata personalmente al funzionario addetto, la firma autografa dovrà essere apposta in sua presenza.
Se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi dovrà essere sottoscritta con firma autografa dal candidato che dovrà, inoltre, allegare alla stessa fotocopia semplice di un documento di identità.