Ricevuta n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODULO N.1**

**VERRANNO ACCETTATE SOLO LE DOMANDE COMPILATE NEL PRESENTE MODULO**

**Al Magnifico Rettore**

**dell’Università Politecnica delle Marche**

***OGGETTO: Domanda per l’affidamento di un* modulo didattico *previsto nell’ambito del Master di 2° livello in “Pneumologia Interventistica” attivato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia per l’a.a.* 2021/2022**

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

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_

recapiti telefonici (cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ufficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*recapito alternativo a cui inviare le comunicazioni (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**CHIEDE**

che, per l’anno accademico 2021/2022, gli/le venga affidato:

* il modulo didattico ANATOMIA ECOENDOSCOPICA DEL MEDIASTINO – SSD MED/10
* il modulo didattico LA TORACOSCOPIA MEDICA – SSD MED/10
* il modulo didattico QUADRI ISTOLOGICI NELLE PID – SSD MED/08
* il modulo didattico TECNICHE CHIRURGICHE DI ESPLORAZIONE MEDIASTINICA – SSD MED/21

A tal fine, il/la sottoscritto/a ai sensi dell’articolo 46 del DPR 445/2000

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:**

* di essere dipendente a tempo indeterminato dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona;
* di prestare servizio in qualità di dirigente medico presso la SOD di:
* Pneumologia
* Anatomia Patologia
* Chirurgia Toracica
* di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non essere iscritta/o a corsi di dottorato di ricerca;
* di essere a conoscenza e di acconsentire che la graduatoria per l’affidamento dei moduli didattici sarà pubblicata nel portale dell’Università ([www.univpm.it](http://www.univpm.it)) con i dati anagrafici desunti dalla presente domanda;
* di aver preso visione dell’informativa ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 e Regolamento Europeo 2016/679 – GDPR, nella sezione Privacy del sito istituzionale di Ateneo;
* di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall‘art. 76 DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità e di dichiarare, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto indicato nella presente domanda, nella scheda valutativa e nella documentazione allegata corrisponde al vero;
* di essere a conoscenza che, in caso di affidamento dell’incarico, l’Amministrazione ha facoltà di accertare d’ufficio la veridicità di quanto dichiarato sulla base di quanto previsto dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in tema di controlli.

Data e Firma

|  |  |
| --- | --- |
| **SPAZIO RISERVATO AL FUNZIONARIO ADDETTO** | *Ai sensi dell’articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, si dichiara che la sottoscrizione è avvenuta in presenza del funzionario addetto.*  *Timbro e firma del funzionario addetto*  *Ancona lì* |

*Qualora la domanda venga consegnata da persona diversa dall’interessato o spedita, alla stessa dovrà obbligatoriamente essere allegata copia fotostatica non autenticata di un valido documento di identità dell’interessato.*