

**AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITA POLITECNICA
DELLE MARCHE
VIA LODOVICO MENICUCCI 6
60121 ANCONA**

Oggetto: **insegnamento / attività formativa** di _____
A.A. _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in _____ via _____
CAP _____, indirizzo e-mail _____ recapiti telefonici
_____ codice fiscale _____
partita IVA _____

CHIEDE

che gli/le venga conferito l'insegnamento / l'attività formativa di _____
_____ mediante **contratto** di diritto privato a
tempo determinato **a titolo retribuito**

(codice identificativo) _____
CFU insegnamento _____

Tipologia Ordinamento (*vedi parentesi quadra prima del nome dell'insegnamento*) _____

SSD _____

CdL _____

Sede: Ancona – Fermo (*barrare la sede di appartenenza*)

A tal fine, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi

- di non avere relazione di coniugio o alcun grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore o ricercatore appartenente alla struttura che conferisce l'incarico, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo;

di coprire la seguente posizione professionale _____

_____ presso _____

di essere dipendente presso la seguente Pubblica Amministrazione: _____

_____ con rapporto di lavoro a tempo indeterminato / determinato in regime di impegno a tempo pieno / parziale (specificare la percentuale di prestazione lavorativa _____);

- di essere cessato dal servizio presso una Pubblica Amministrazione a decorrere dal _____(art. 25 –legge 23.12.1994, n.724) per:
 - limiti di età
 - dimissioni volontarie con diritto alla pensione anticipata di anzianità;
- di essere in possesso del diploma di laurea specialistica, magistrale o vecchio ordinamento in _____conseguita presso _____in data _____;
- di essere in possesso del titolo di dottore di ricerca conseguito il _____ presso l'Università di _____ in tema di _____;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione medica in _____conseguito il _____ presso l'Università di _____ ;
- di non essere iscritto a corsi di dottorato di ricerca o post dottorato;
- di non essere titolare di borse di ricerca;
- di non essere iscritto a Scuole di Specializzazione;
- di essere a conoscenza che i dati personali forniti attraverso la domanda ed il Curriculum Vitae verranno trattati dall'Università Politecnica delle Marche ai fini della gestione della procedura relativa all'attribuzione degli incarichi di insegnamento e per eventuali altre esigenze istituzionali (*D.Lgs. n.196/2003*)

Qualora la presente istanza venga accolta, **chiede** inoltre, che la convocazione alla stipula del contratto sia inviata:

- per email all'indirizzo sopraindicato

oppure

- per raccomandata A.R.

DATA.....

FIRMA.....

ALLEGATI

- curriculum della propria attività scientifica, didattica e professionale (*senza l'indicazione dei dati personali es. residenza, telefono cellulare....solo luogo e data di nascita*) **COMPLETO DI AUTORIZZAZIONE per la pubblicazione sul web**, da inviare in formato europeo e in PDF/A (di dimensioni inferiori a 2 MB) all'indirizzo email contratti.supplenze@univpm.it con la seguente denominazione: **NomeCognome-docente-a-contratto**)

- elenco pubblicazioni;
- eventuali altri titoli;
- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità
- programma dell'insegnamento ed eventuali testi di riferimento