UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Articoli 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il presente modulo deve essere compilato dal ***correlatore se non è*** *un professore o ricercatore dell'Università Politecnica delle Marche*

Il/La sottoscritto/a

cognome_____ nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ n° _____ cap _____

cell. _____ e-mail _____

ACCETTA DI SVOLGERE LA FUNZIONE DI CORRELATORE PER LA TESI:

_____

_____

presentata per l'A.A. _____ / _____ dal/la laureando/a _____

iscritto/a al Corso di Studio _____

Al riguardo, presa visione del Regolamento Didattico d'Ateneo e delle deliberazioni adottate dal Senato Accademico in merito, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di trovarsi nella seguente condizione *(relativamente all'anno accademico di laurea)**:

□ Professore ufficiale o ricercatore di altra Università italiana	Università …..... qualifica ….....
□ Dottorando iscritto al 3° anno (presso questa sede o sedi consorziate)	Sede …..... data presunta conseguimento titolo: .....
□ Titolare di assegno di ricerca in corso (presso questo ateneo)	Sede …..... durata dell'incarico dal …..... al .....
□ Titolare di contratto su corsi integrativi	Insegnamento ufficiale ..... durata dell'incarico dal …..... al .....
□ Specializzando iscritto all'ultimo anno di corso (presso questa sede o sedi aggregate)	Sede …..... Data presunta conseguimento titolo ….....

UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

□ Tutor aziendale per l'espletamento dei tirocini purché il nominativo sia indicato nei progetti formativi dell'anno accademico relativo alla sessione di laurea	Azienda/Ente …..... periodo di tirocinio …....
□ Tutore aziendale o figura equivalente per lo svolgimento della tesi purché il nominativo risulti da accordi convenzionali a tal fine	Sede …..... durata dell'incarico …..... per il periodo …....
□ Dipendente di ente pubblico di ricerca (quale ad es. CNR, INFN) in quanto, a seguito di accordi di collaborazione con l'Università, assuma funzioni equivalenti a quelle di tutor aziendale	Ente …..... durata dell'incarico …..... convenzione sottoscritta in data ….....
□ Dipendente laureato tecnico almeno di categoria D di questa Università in possesso del titolo di dottorato di ricerca o scuola di specializzazione medica	Sede di servizio …… categoria …… dottorato in …….. specializzato in …… conseguito presso …… in data ……
□ Soggetto che ha svolto in precedenza la funzione di professore a contratto di insegnamento ufficiale	Incarico per l'insegnamento di …… svolto nell'A.A.:……..... Facoltà/Dipartimento:……...

* **NOTA BENE**: se l'attività di correlatore è iniziata durante il periodo di possesso dei requisiti, può essere utilmente portata a termine anche qualora la seduta di laurea sia in data successiva (S.A. del 18.04.2013).

Dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, ai sensi del D.lgs. 196/2003, così come modificato dal D. lgs. 101/2018, nonché dal GDPR – Regolamento UE 679/2016.

Allegare fotocopia del documento d'identità.

Data _____ **Il Dichiarante** _____

_____

Presa d'atto del Relatore (*cognome*)_____ (*nome*) _____

circa la presenza della figura del correlatore per la tesi del/la laureando/a

(*cognome*)_____ (*nome*) _____

Data _____ **Il Relatore** _____