



**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*):

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



**UNIVERSITÀ  
POLITECNICA  
DELLE MARCHE**

<input type="checkbox"/> 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 .....
<input type="checkbox"/> 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 .....
<input type="checkbox"/> 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 .....
<input type="checkbox"/> 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 .....
<input type="checkbox"/> 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** \_\_\_\_\_