



ALLEGATO A  
**SCHEMA DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Al Direttore  
Dipartimento di Medicina e Chirurgia  
Università degli Studi dell'Insubria  
Via Guicciardini, 9  
21100 Varese (Va)  
Pec: [segreteria.dmc@pec.uninsubria.it](mailto:segreteria.dmc@pec.uninsubria.it)

**Oggetto: domanda di partecipazione alla procedura  
concorsuale per il conferimento di BORSA DI STUDIO per  
attività di ricerca**

Il  
sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
codice  
fiscale \_\_\_\_\_  
cittadino \_\_\_\_\_  
residente  
in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
domiciliato ai fini del concorso in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

chiede di partecipare al concorso per il conferimento di una borsa  
di studio per attività ricerca dal titolo:  
" \_\_\_\_\_ "

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e  
consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del  
Codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara:

di aver conseguito il diploma di \_\_\_\_\_





---

presso l'Università \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
votazione \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ con

Il sottoscritto allega alla presente:

- a) curriculum scientifico professionale
  - b) copia fotostatica di un documento di identità e di codice fiscale;
  - c) i seguenti ulteriori titoli (specificare se vengono prodotti in originale, copia autenticata, copia dichiarata conforme all'originale mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà o autocertificazione resa mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione):
- 

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali allegata al bando di concorso redatta ai sensi del Regolamento UE 2016/679, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Luogo, data

Firma



**ALLEGATO B  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(art.46 del D.P.R. 445/2000)  
DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO DI NOTORIETA'  
(art.47 del D.P.R. 445/2000)**

**IL SOTTOSCRITTO**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci indicate nell'art.76 del D.P.R. 445/2000 sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

**DICHIARA**

- a) che tutti i titoli, i certificati e le pubblicazioni allegati sono conformi all'originale;
- b) di essere in possesso dei seguenti titoli e attestati:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali allegata al bando di concorso redatta ai sensi del Regolamento UE 2016/679, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Luogo, data

Firma



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DELL'INSUBRIA**

**DIPARTIMENTO DI  
MEDICINA E CHIRURGIA -  
DMC**