***Al Direttore del Dipartimento di Medicina e Chirurgia***

*dell’Università degli Studi dell’Insubria*

*Ospedale di Circolo, Piano Terra – Nuovo Monoblocco*

*Via Guicciardini, 9*

*21100 VARESE*

Il/la sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a alla selezione pubblica per l’affidamento dell’incarico per Lavoro Autonomo per lo svolgimento di attività altamente qualificate, **di supporto al reclutamento dei partecipanti per lo studio “Burden of SARS-CoV-2 infection in populations with high or low risk of infection”, presso il Centro di Ricerche EPIMED, finanziamento Fond. U. Veronesi , Codice CUP: J32F20000860005. richiamo dei partecipanti allo Studio di popolazione ROCAV per estensione raccolta dati; di attività di supporto all'estensione del follow-up di studi di coorte (MONICA-Brianza, PAMELA, SEMM e Studio**

*A tal fine,**consapevole di quanto previsto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 in materia di norme penali,* ***DICHIARA****, sotto la propria responsabilità, che tutto quanto indicato, nella presente domanda corrisponde al vero, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000:*

## COGNOME

## NOME

## DATA DI NASCITA

## LUOGO DI NASCITA

## CODICE FISCALE

## DI ESSERE CITTADINO ITALIANO;

ovvero di avere la seguente cittadinanza ……………………………………………………….……………;

* ***DI ESSERE ISCRITTO NELLE LISTE ELETTORALI DEL COMUNE DI (sole per i cittadini italiani*** *……………………………………………………………………………………………………………*.;

ovvero di non essere iscritto per i seguenti motivi …………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………….;

#### DI NON AVERE RIPORTATO CONDANNE PENALI E NON AVERE PROCEDIMENTI PENALI IN CORSO

 ovvero (specificare le condanne riportate e i procedimenti penali pendenti) …………………………………………………………….....…………...................................................................................................................................................................... (a)

***TITOLO DI STUDIO***

***voto***

***Conseguito in data***

***Presso***

### *Per i titoli stranieri:* si allega dichiarazione di equipollenza completa di traduzione del titolo conseguito e di dichiarazione di valore e legalizzazione a cura della Rappresentanza Diplomatica Italiana competente.

#### DI ESSERE NELLA SEGUENTE POSIZIONE RISPETTO AGLI OBBLIGHI MILITARI: (rinviato; esente; assolto, in attesa di chiamata, altro) …….................................................................................................................;

#### DI AVER PRESTATO SERVIZIO PRESSO LA SEGUENTE PUBBLICA AMMINISTRAZIONE:…………………………………………………………………………………………………... CON LA QUALIFICA DI …………………………………………………………………………………………… CAUSA DI RISOLUZIONE …………………………………………………………………………………………(b) ;

* ***DI NON ESSERE STATO DESTITUITO O DISPENSATO DALL’IMPIEGO PRESSO UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE PER PERSISTENTE INSUFFICIENTE RENDIMENTO,*** *OVVERO DI NON ESSERE STATO DICHIARATO DECADUTO DA UN IMPIEGO STATALE AI SENSI DEL PRIMO COMMA, LETTERA D) DEL D.P.R. 10.1.1957, N.3* ***E DI E DI NON ESSERE STATI LICENZIATI PER AVER CONSEGUITO L’IMPIEGO MEDIANTE LA PRODUZIONE DI DOCUMENTI FALSI O CON MEZZI FRAUDOLENTI;***

|  |
| --- |
| **Solamente per i cittadini dell’Unione Europea o Extra Europea:**DI GODERE DEI DIRITTI CIVILI E POLITICI NELLO STATO DI APPARTENENZA; ovvero (specificare i motivi in caso negativo) ………………………………………………………………..…….……………………………………………………………………………………………................................................;DI AVERE ADEGUATA CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA; |

**RECAPITO CUI INDIRIZZARE EVENTUALI COMUNICAZIONI RELATIVE AL CONCORSO:**

***n.***

## Via

***c.a.p.***

## Località

## Comune

## Telefono

***Indirizzo e-mail***

 ***Il/la sottoscritto/a 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.***

Il/la sottoscritto/a allega alla presente istanza la **fotocopia di un proprio documento** di riconoscimento valido **e il proprio curriculum vitae datato e sottoscritto** e dichiara che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000 e che le eventuali fotocopie allegate sono conformi all’originale ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000.

***LUOGO, DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** *(c)*

1. indicare le condanne penali riportate, anche se sia stato concesso il condono, l’indulto, il perdono giudiziale o l’amnistia ovvero i procedimenti penali eventualmente pendenti, dei quali deve essere specificata la natura.
2. indicare i servizi eventualmente prestati alle dipendenze di una pubblica amministrazione e le cause dell’eventuale risoluzione del rapporto di impiego.
3. la firma è obbligatoria pena la nullità della domanda.