## FAC SIMILE DOMANDA

## ALLEGATO

Alla Direzione

Consorzio per la Ricerca Sanitaria - CORIS

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di partecipare alla suddetta selezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e successive modifiche e integrazioni

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76, nonché di quanto stabilito dall’art. 75 del citato D.P.R. n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

1. di essere nato a (prov. ) il e di risiedere attualmente a CAP (prov. ) in via n.

tel. cell. indirizzo di posta elettronica

;

1. di essere in possesso della cittadinanza ;(1)
2. di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali (2);
3. di avere il seguente codice fiscale ;
4. di avere la posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva e degli obblighi di servizio militare per i candidati di sesso maschile nati prima del 31 dicembre 1985 si

NO

SI

1. di avere/non avere riportato condanne penali (3);
2. di essere in possesso dei requisiti prescritti dall’avviso, e precisamente:

* laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* conoscenze di gestione database in ambito sperimentale e ottima conoscenza del Pacchetto Office \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* conoscenza scritta e parlata della lingua inglese (​Inserire i livelli del Quadro Comune Europeo​ di Riferimento) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* altri eventuali requisiti utili ai fini della valutazione del candidato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara, ai sensi dell’art. 6 del D.L. 90/2014, di non godere del trattamento di quiescenza.

Il/La sottoscritto/a allega:

* curriculum formativo e professionale in formato europeo
* fotocopia non autenticata di un valido documento di riconoscimento.

In caso di attribuzione dell’incarico si impegna a non svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse – anche potenziale - rispetto all’incarico attribuito.

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex Regolamento UE n. 2016/679 e D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e s.m.i., ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Dichiara che le copie di documenti/titoli allegati alla presente domanda sono conformi gli originali, ai sensi e per gli effetti dell’art. 19 del D.P.R. 445/2000 (solo per titoli rilasciati da Enti Privati).

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga effettuata al seguente indirizzo:

Dott. / Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. tel. posta elettronica \_\_\_\_\_

Data Firma

**NOTE**

1. è richiesta la cittadinanza italiana, ovvero quella di uno dei Paesi dell’Unione Europea, ovvero per i cittadini non comunitari essere titolari di carta di soggiorno (allegare copia)
2. in caso positivo, specificare di quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.
3. in caso affermativo specificare quali.