

 <p><b>UniSR</b> Università Vita-Salute San Raffaele</p>	<p><b>DOMANDA DI AFFIDAMENTO</b></p>	<p><b>MO 39-5</b> rev. 00 del 17/03/2022 PO 39 Pag. 1 di 3</p>
---	--------------------------------------	--

Al Preside della Facoltà di \_\_\_\_\_

Università Vita-Salute San Raffaele

Via Olgettina, 58

20132 Milano

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 nat\_ a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_, il  
 \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_, via  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di partecipare alla procedura di valutazione comparativa per il conferimento di un incarico  
 didattico nell'ambito del settore scientifico-disciplinare \_\_\_\_\_ settore  
 concorsuale \_\_\_\_\_, di ore \_\_\_\_\_, insegnamento \_\_\_\_\_,  
 nel Corso di Laurea \_\_\_\_\_, Facoltà di \_\_\_\_\_,  
 per l'anno accademico \_\_\_\_\_, in riferimento al bando del  
 \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre  
 2000 n. 445 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e  
 delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del suddetto Decreto

**DICHIARA**

- Di essere / non essere in servizio presso una Pubblica Amministrazione.
- Di essere Professore di I fascia/di II fascia/Ricercatore universitario, afferente al settore  
 scientifico-disciplinare \_\_\_\_\_, Facoltà di  
 \_\_\_\_\_, presso l'Università \_\_\_\_\_

 <p><b>UniSR</b> Università Vita-Salute San Raffaele</p>	<p><b>DOMANDA DI AFFIDAMENTO</b></p>	<p><b>MO 39-5</b> rev. 00 del 17/03/2022 PO 39 Pag. 2 di 3</p>
---	--------------------------------------	--

ovvero

- Di essere in servizio presso \_\_\_\_\_,  
con sede a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n.  
\_\_\_\_\_

ovvero

- Di essere  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Di eleggere quale recapito ai fini della presente procedura in \_\_\_\_\_  
provincia \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ c.a.p.  
\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_,  
riservandosi di comunicare tempestivamente a codesta Facoltà ogni eventuale variazione del  
recapito medesimo.

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

- a) curriculum vitae sottoscritto;
- b) elenco dei titoli e delle pubblicazioni scientifiche;
- c) eventuali altri documenti e titoli che ritenga utili ai fini del conferimento dell'incarico;
- d) fotocopia del codice fiscale;
- e) fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Il sottoscritto si impegna, nel caso di attribuzione dell'affidamento, a trasmettere a codesta Università copia dell'autorizzazione all'assunzione del suddetto incarico rilasciata dall'Ente di appartenenza, qualora dovuta ai sensi del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni ed integrazioni.

Data \_\_\_\_\_ Il dichiarante \_\_\_\_\_

 <p><b>UniSR</b> Università Vita-Salute San Raffaele</p>	<p><b>DOMANDA DI AFFIDAMENTO</b></p>	<p><b>MO 39-5</b> rev. 00 del 17/03/2022 PO 39 Pag. 3 di 3</p>
---	--------------------------------------	--

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(art. 46 D.P.R. n. 445/00)

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. n. 445/00)

Il sottoscritto

Nome \_\_\_\_\_, Cognome \_\_\_\_\_, codice fiscale  
 \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (provincia \_\_\_\_\_) il  
 \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (provincia \_\_\_\_\_), Via  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445

Dichiara:

-----  
 -----  
 -----  
 -----

Data \_\_\_\_\_ Il dichiarante \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma se, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, è sottoscritta ed inviata all'ufficio competente insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

## DATI ANAGRAFICI COLLABORATORI

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**RESIDENZA** in Via \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

Comune (o stato estero) \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**DOMICILIO** in Via \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_

(da compilare solo se diverso dal luogo di residenza)

Comune (o stato estero) \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Identificativo per residenti all'estero \_\_\_\_\_

(Codice fiscale estero, numero documento identità, passaporto, ecc.)

E-mail personale \_\_\_\_\_ Altra E-mail \_\_\_\_\_

E-mail PEC \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Dipendente presso \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Collaboratore presso \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Esame di Stato sostenuto  Sì  No Se sì, indicare quale \_\_\_\_\_

Iscritto ad un albo professionale  Sì  No Se sì, indicare quale \_\_\_\_\_

### DICHIARA:



di essere Dipendente di un Ente pubblico o Docente di ruolo di Università

per la rilevazione ai fini dell'anagrafe delle prestazioni dei pubblici dipendenti, di cui all'art. 53 D.Lgs. 165/2001 e s.m.i., e dei docenti di ruolo, di cui all'art. 6 Legge 240/2010, **allega la preventiva autorizzazione** dell'Ente di appartenenza.

che non vi è obbligo della preventiva autorizzazione dell'Amministrazione Pubblica di appartenenza di cui sopra in quanto:

\_\_\_\_\_



Nessuna variazione rispetto ai dati anagrafici già comunicati

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_