

## ALLEGATO n. 1

Alla Responsabile del SSP International  
Relations Office - Relazioni Internazionali

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di partecipare alla selezione per \_\_\_\_\_ (soli titoli o titoli, prova pratica e/o colloquio) relativa al conferimento di un incarico (di lavoro autonomo - prestazione d'opera art.2222 c.c., o professionale intellettuale) per \_\_\_\_\_

A tal fine ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

2. di essere residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_

3. di essere cittadino/a \_\_\_\_\_

4. di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali pendenti (in caso contrario indicare quali) \_\_\_\_\_;

5. \_\_\_\_\_ di non avere rapporti di parentela o affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento o alla struttura che effettua la chiamata ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo in qualunque fase della procedura;

6. di essere in possesso del seguente titolo di Studio \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ con

voti \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

per i titoli di studio stranieri: equipollente al seguente titolo di studio italiano:

--

7. di essere o di non essere dipendente di una pubblica amministrazione

8. di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini UE ed extra UE);

9. di aver dettagliato nel curriculum vitae allegato al presente modulo la durata, la tipologia, la natura dell'esperienza professionale richiesta nel bando di selezione nonché ogni altro elemento comprovante le capacità a svolgere le attività oggetto dell'incarico;

10. di allegare all'istanza di partecipazione i titoli che si intendono presentare ai fini della loro valutazione;

11. di eleggere il proprio domicilio per le comunicazioni in merito a questa selezione in



## UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

VIA		N.	
COMUNE		PROV	CAP
TELEFONO			
CELLULARE			
INDIRIZZO			
E-MAIL			

Il/La sottoscritto/a allega alla presente istanza copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del regolamento U.E. 2016/679 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allega alla presente istanza il proprio curriculum vitae datato e sottoscritto e (eventuale altra documentazione) \_\_\_\_\_ 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.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_