



ALLEGATO n. 1

Al Dirigente dell'Area Ricerca e Trasferimento Tecnologico
Università degli studi di Palermo
Piazza Marina, 61
90133 - PALERMO

Il / La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per _____ (soli *titoli*) relativa al conferimento di un incarico di prestazione professionale intellettuale per **“Consulenza per la sperimentazione di un modello organizzativo-gestionale per la costituzione di un nuovo organismo da destinare ad attività riferite al PNRR per l'area salute e life sciences”**.

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

VIA		N.	
COMUNE		CAP	
PROV.			
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 _____