

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_  
(nome) \_\_\_\_\_ (matr. \_\_\_\_\_),  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_  
con il ruolo di Professore, ricercatore TD, ricercatore RU (*deppennare le voci che non interessano*)  
nel Settore Scientifico-Disciplinare \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**A)** di essere disponibile a prestare l'attività come **esperto di**  
**tipo a) nel PRECORSO di .....** CdS.....  
**presso il Dipartimento /Scuola di .....**

**oppure**

**tipo b) nel PRECORSO di .....** CdS .....

**e nell'area del sapere .....** presso il Dipartimento /Scuola di .....

**B)** di non avere vincoli di coniugio o parentela o affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura che ha richiesto l'incarico ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo;

Il/La sottoscritto/a **allega** alla presente istanza:

- curriculum vitae datato e sottoscritto, nel quale sono dettagliati la durata, la tipologia, la natura dell'esperienza professionale, nonché ogni altro elemento comprovante le capacità di svolgere le attività oggetto dell'incarico, e **dichiara** che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000;
- proposta di programma del corso, comprensivo di modalità di verifica degli apprendimenti;
- 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 Europeo 2016/679, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data

Firma

### **NULLA OSTA DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ RESPONSABILE  
DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA DEL/LA PROF./SSA  
/DOTT./SSA \_\_\_\_\_ AUTORIZZA IL/LA PREDETTO/A ALLO  
SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA DI CUI ALL'AVVISO SOPRA INDICATO, AI SENSI DEL *REGOLAMENTO  
IN MATERIA DI REGIME DELLE INCOMPATIBILITÀ PER I PROFESSORI ED I RICERCATORI  
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO E SUI CRITERI E LE PROCEDURE PER IL RILASCIO  
DELL'AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DEGLI INCARICHI ESTERNI.*

DATA

FIRMA E TIMBRO

**Al Dirigente dell'Area Didattica e  
Servizi agli studenti  
Università degli Studi di Palermo**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_  
(nome) \_\_\_\_\_ (matr. \_\_\_\_\_),  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_  
inquadro/a nella cat. \_\_\_\_\_ area \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

A) di essere disponibile a prestare l'attività come **esperto di**  
**tipo a) nel PRECORSO di** ..... **CdS**.....  
**presso il Dipartimento /Scuola di** .....

**oppure**

**tipo b) nel PRECORSO di** ..... **CdS** .....

**e nell'area del sapere** ..... **presso il Dipartimento /Scuola di**  
.....

B) di non avere vincoli di coniugio o parentela o affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura che ha richiesto l'incarico ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo;

C) di essere in possesso della seguente **Laurea** Magistrale/Specialistica/di Vecchio Ordinamento  
(*deppennare le voci che non interessano*) in \_\_\_\_\_ rilasciata  
da \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_/110\_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_\_\_

D) di avere/non avere svolto (*deppennare la voce che non interessa*) attività come **assegnista** di ricerca  
presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

E) di avere/non avere svolto (*deppennare la voce che non interessa*) attività come **dottore** di ricerca presso  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a **allega** alla presente istanza:

- curriculum vitae datato e sottoscritto, nel quale sono dettagliati la durata, la tipologia, la natura dell'esperienza professionale, nonché ogni altro elemento comprovante le capacità di svolgere le attività oggetto dell'incarico, e **dichiara** che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000;
- proposta di programma del corso, comprensivo di modalità di verifica degli apprendimenti;
- (*inserire se di interesse*) elenco delle autocertificazioni di ulteriori titoli, rese ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e dettagliate in durata, tipologia e natura, utili ai fini della valutazione della professionalità e della capacità di svolgere l'attività richiesta:
- (*inserire se di interesse*) le seguenti copie di attestazioni, utili ai fini della valutazione della professionalità e della capacità di svolgere l'attività richiesta:
  1. \_\_\_\_\_  
in originale/in copia autentica/in copia conforme all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 (*depenare la voce che non interessa*),
  2. \_\_\_\_\_  
in originale/in copia autentica/in copia conforme all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 (*depenare la voce che non interessa*),
  3. \_\_\_\_\_  
in originale/in copia autentica/in copia conforme all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 (*depenare la voce che non interessa*),
  - 4.....
- 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 Europeo 2016/679, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data,

Firma

### **NULLA OSTA DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ RESPONSABILE  
DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA DEL/LA DOTT./SSA  
\_\_\_\_\_  
AUTORIZZA IL/LA PREDETTO/A ALLO  
SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI CUI ALL'AVVISO SOPRA INDICATO, SEMPRE CHE LA STESSA  
VENGA SVOLTA AL DI FUORI DELL'ORARIO DI SERVIZIO ORDINARIO E SENZA INCIDERE SULLE  
ATTIVITÀ ORDINARIE.

DATA

FIRMA E TIMBRO