

ALLEGATO n.1

Al Direttore del Dipartimento di
Giurisprudenza
Prof. Armando Plaia

Il/La _____ sottoscritto/a _____ Codice
Fiscale _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per titoli relativa al conferimento di un incarico di prestazione d'opera personale di
ORE: _____ per:

☐ Esperto ☐ Tutor esperto

nel **percorso di orientamento dal titolo I Confini dei diritti umani: la Clinica Legale Migrazioni e Diritti dell'Università di Palermo** del Dipartimento di Giurisprudenza.

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 vincoli di coniugio o parentela o affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente alla struttura che ha richiesto l'incarico ovvero con il rettore, il direttore amministrativo o un componente del consiglio di amministrazione dell'Ateneo;

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 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	<input type="text"/>	N.	<input type="text"/>		
COMUNE	<input type="text"/>	PROV	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
TELEFONO	<input type="text"/>				
CELLULARE	<input type="text"/>				
INDIRIZZO	<input type="text"/>				
E-MAIL	<input type="text"/>				
	PRESSO	<input type="text"/>			

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
D.Lgs. 196/2003 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