



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALLA SELEZIONE PER N..... POSTO DI CUI AL D.D.D.....DEL

RIFERIMENTO

Segreteria Amministrativa
Dipartimento delle SCIENZE MEDICHE,
MOTORIE E DEL BENESSERE – Università
degli Studi di Napoli Parthenope, via Medina
40, 80133 Napoli

I campi contrassegnati da * sono obbligatori

Il/La sottoscritto/a

(Cognome*)

(Nome*)

Presa visione del relativo bando emanato con D.D.D. n. del

CHIEDE

di partecipare alla selezione per il conferimento di n.....POSTO di cui al BANDO

D.D.D. n. per l'attività di

presso la sede del Dipartimento delle Scienze Mediche, Motorie e del Benessere

Dati anagrafici

Dati anagrafici

Cognome* Nome*:

Luogo di nascita * Data di nascita *

Cittadinanza* Sesso * ☐ M ☐ F ☐

Codice Fiscale* Telefono/Cellulare



E-Mail _____

Residenza

Città* _____ Telefono _____

Indirizzo* _____ n° _____ CAP * _____

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Città* _____ Telefono _____

Indirizzo* _____ n° _____ CAP * _____

Il/La sottoscritto/a, DICHIARA di aver preso visione del bando di selezione.

Il/La sottoscritto/a, consente all'Amministrazione Universitaria, ai sensi dell'art. 11 della L. n. 675/1996 e successive modifiche e integrazioni, il trattamento dei dati personali finalizzato al conseguimento di fini istituzionali dell'Ateneo.

Allega alla presente istanza la seguente documentazione (in originale o autocertificata ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000):

- a) **Curriculum vitae et studiorum** sottoscritto dal candidato completo di dati anagrafici, indirizzo postale, recapiti telefonici ed e-mail;
- b) **certificato di laurea** nel quale siano indicate le votazioni riportate nei singoli esami di profitto, la votazione dell'esame di laurea e la data di quest'ultimo **o dichiarazione sostitutiva di certificazione**, resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000, nella quale l'interessato attesta, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle sanzioni penali ed amministrative in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci, il possesso del titolo di studio valido per l'accesso al Master, le votazioni riportate nei singoli esami di profitto, la votazione dell'esame di laurea e la data di quest'ultimo;
- c) titolo, materia, relatore e descrizione sintetica della tesi di laurea (max 2.000 caratteri);
- d) eventuali altri titoli attestanti attività formative o esperienze professionali pregresse;
- e) elenco di tutti i documenti e i titoli presentati;
- f) copia del documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma per esteso _____



DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE, MOTORIE E DEL BENESSERE
VIA MEDINA, 40 80133 NAPOLI
segreteria.dismmeb@pec.uniparthenope.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Comune di _____ provincia (___)

CF _____ MAIL _____

Cellulare _____

In riferimento alla domanda di partecipazione alla selezione per il conferimento di n.1 POSTO
PER UNA COLLABORAZIONE OOCASIONALE per il SSD _____ CODICE DI
RIFERIMENTO _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART.76 DEL DPR 445/2000 IN CASO
DI DICHIARAZIONI FALSE E MENDACI

DICHIARA

- Di essere in possesso del seguente titolo di studio:

1) Laurea _____

2) Altri titoli _____

- Che le fotocopie dei documenti di seguito elencati, allegati alla presente
dichiarazione, sono conformi all'originale:

1) _____



2)

3)

4)

5)

6)

7)

8)

Date e luogo

Firma per esteso

Informativa ai sensi del D. Lgs. 196/03: i dati personali forniti saranno utilizzati dall'Amministrazione universitaria solo per fini istituzionali e per l'espletamento della procedura concorsuale ed, in particolare all'interessato competono i diritti di cui all'articolo 7 del citato decreto legislativo.