

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA
MASTER IN COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

__l__ sottoscritt__ _____
Nome e Cognome

nat__ a _____ il _____
luogo di nascita data di nascita

cittadinanza _____
indicare la cittadinanza (per es.: italiana)

e residente a _____
luogo di residenza sigla

in _____
indicare il tipo di spazio (Corso, Piazza, Via, Viale o simili) e l'odonym n. civico C.A.P.

Codice fiscale _____
indicare il codice fiscale (in stampatello maiuscolo) se il richiedente è italiano o ne è in possesso

Recapito telefonico _____
indicare il proprio numero di cellulare completo di prefisso internazionale (solo se il proprio numero non è italiano)

Indirizzo e-mail _____
indicare la mail personale (in stampatello maiuscolo)

Indirizzo PEC _____
indicare l'indirizzo di posta elettronica certificata personale (in stampatello maiuscolo)

Livello di istruzione _____
indicare il titolo più elevato conseguito

Posizione lavorativa _____
(per es.: Dipendente pubblico, Dipendente privato, Libero professionista)

Qualifica professionale _____
indicare la qualifica e l'eventuale ente di appartenenza

CHIEDE

di partecipare alla procedura comparativa n. _____ del _____
prot. n. data del protocollo

per l'assegnazione dell'incarico di docenza _____
nome dell'insegnamento (nome in stampatello presente in Allegato 1)

_____ per la sede di _____
nome del modulo (tra parentesi dopo il nome dell'insegnamento in Allegato 1) indicare Padova o Monselice o Online

presso il Master in Coordinamento delle Professioni Sanitarie per l'anno accademico 2025/2026.

DICHIARA

(barrare con una X)

- ☐ di non avere un grado di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso con un professore appartenente alla struttura che attribuisce il contratto ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di amministrazione;
- ☐ di essere dipendente di un Ente Pubblico diverso dall'Università
- ☐ di essere un libero professionista
- ☐ di essere dipendente di un Ente Privato
- ☐ di essere titolare di assegno di Ricerca ai sensi dell'art. 51 comma 6 Legge 449/97 o ai sensi dell'art. 22 Legge 240/2010 (si ricorda che in tal caso l'attribuzione dell'incarico è subordinata al nullaosta del Responsabile scientifico, ove presente, o del Direttore del Dipartimento presso cui svolge la propria ricerca)

Altro (specificare): _____

ALLEGA

(barrare con una X)

- ☐ *Curriculum vitae* datato e firmato, comprensivo dell'eventuale elenco delle pubblicazioni e dei titoli ritenuti utili alla valutazione;
- ☐ Autorizzazione o copia della richiesta di autorizzazione (*per i dipendenti di Enti Pubblici*)
- ☐ Fotocopia del documento di riconoscimento
- ☐ Altro (*specificare*) _____

DICHIARA, infine

- a) di aver preso visione di tutte le condizioni presenti nel bando;
- b) di essere a conoscenza che i dati personali forniti dai candidati sono trattati in forma cartacea o informatica, ai soli fini della presente procedura e degli atti connessi e conseguenti al presente bando, nel rispetto della normativa vigente;
- c) che tutto quanto riportato nel *curriculum vitae* allegato alla domanda corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000;
- d) che è consapevole che le mendaci dichiarazioni, la falsità negli atti, l'uso o l'esibizione di atti falsi sono puniti dal Codice Penale art. 76 DPR 445/2000;
- e) che i documenti eventualmente presentati in fotocopia, sono conformi agli originali.

Luogo e data

Firma