



UNIVERSITÀ
DI FOGGIA

A.A.2024/2025

DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E SPERIMENTALE
MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI
Docenti nei ruoli Universitari

Al Direttore di Dipartimento

Il sottoscritto _____ C.F. _____ nato a
_____ il _____ residente a _____ via
_____ tel _____ e-mail _____
avendo preso visione dell'Avviso di vacanza prot. n. _____ del _____, rep. n. _____

**chiede di ricoprire, per l'a.a. 2024/2025, a titolo di supplenza gratuita (art. 2 co 1 Bando di selezione),
l'insegnamento di:**

nome insegnamento: _____

ore _____ anno _____ SSD _____

Corso Integrato (se indicato) _____

Corso di Laurea in _____

Il sottoscritto dichiara, quindi, di essere in servizio presso:

☐ Università degli Studi di Foggia – Dipartimento di _____
☐ Università degli Studi di _____ Dipartimento di _____
Qualifica: ☐ Prof. Ordinario ☐ Prof. Associato ☐ Ricercatore
Settore scientifico disciplinare di inquadramento _____

Le comunicazioni riguardanti la presente procedura selettiva devono essere inviate al seguente indirizzo
(indicare solo se diverso dall'indirizzo di residenza):

Via _____ Cap _____ Comune _____ di _____

*Si allegano il curriculum dell'attività didattica, scientifica e professionale e altri titoli, dichiarazione sostitutiva di
atto di notorietà e documento di riconoscimento in corso di validità, in conformità a quanto previsto dall'art. 5
dell'Avviso di vacanza.*

_____, _____
(luogo) (data)

firma



UNIVERSITÀ DI FOGGIA

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(Art. 47 e art. 38, comma 3 del D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____,
residente nel Comune di _____,
Via _____ n. _____

- consapevole che in caso di dichiarazione mendace è perseguibile a norma del Codice Penale e decade dal beneficio conseguito in base al provvedimento richiesto (artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000);
- informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

dichiaro

la veridicità di quanto dichiarato nel curriculum vitae allegato alla presente.

IL/LA DICHIARANTE

_____, li _____

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, la sottoscrizione non viene autenticata in quanto alla dichiarazione si allega copia di un documento valido di identità.

**DICHIARAZIONE RESA DAL CANDIDATO SULLA MANCANZA DI SITUAZIONI OSTATIVE
ALLA FORMALIZZAZIONE DEL RAPPORTO IN CASO DI ESITO POSITIVO**



UNIVERSITÀ DI FOGGIA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____, candidato/a per la procedura selettiva pubblica per il conferimento di un incarico di _____ disposto dai Dipartimenti di Area Medica, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- ☐ di non avere un grado di parentela o affinità, fino al quarto grado compreso, e di non essere convivente con un professore o ricercatore appartenente all'Organo competente che ha indetto la selezione ovvero con il Rettore, con il Direttore Amministrativo o con un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università degli Studi di Foggia;

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che le suindicate notizie sono complete e veritiere.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente dichiarazione possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003, per gli adempimenti connessi all'elaborazione della retribuzione spettante.

Luogo e data _____

Firma