

Al Direttore del Dipartimento di  
Scienze Chirurgiche

**Oggetto: manifestazione di interesse allo svolgimento di un'attività di coordinatore didattico del  
Master di I livello in "CONSULENTE IN SESSUOLOGIA" per  
l'A.A. 2020-2021. Bando interno rivolto al personale (Rep. 29/2021 Prot. n. 833 del 05/10/2021**

☐ attività di: \_\_\_\_\_  
Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (matr. \_\_\_\_\_)  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ inquadrato/a nella cat. \_\_\_\_\_ area  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

a) di essere disponibile a prestare l'attività descritta in oggetto durante l'orario di servizio e senza compensi aggiuntivi;

b) di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_/\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

c) di svolgere la seguente attività lavorativa:  
\_\_\_\_\_

d) di aver dettagliato nel curriculum vitae allegato al presente modulo la durata, la tipologia, la natura dell'esperienza professionale richiesta nel bando di selezione nonché ogni altro elemento comprovante la capacità a svolgere le attività oggetto dell'incarico.

Allega nulla osta della struttura di appartenenza

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni: \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e indirizzo mail \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

*Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità DICHIARA sotto la sua personale responsabilità che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero.*

*Il/La sottoscritto/a dichiara altresì che le eventuali fotocopie allegate sono conformi all'originale in proprio possesso, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.*

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE

Al Prof. Roberto Albera

**(NULLA OSTA DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA)**

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

RESPONSABILE DEL \_\_\_\_\_ (STRUTTURA DI APPARTENENZA DEL

DIPENDENTE) AUTORIZZA L'ASSEGNAZIONE TEMPORANEA DEL DOTT. / SIG.

\_\_\_\_\_ PER \_\_\_\_\_ (PERIODO) PRESSO

\_\_\_\_\_, SENZA ULTERIORE RICHIESTA DI

SOSTITUZIONE DELLO STESSO.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO E DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47  
DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445 e s.m.i.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_

consapevole che, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, e consapevole che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione dai pubblici uffici;

**DICHIARA**

- Di essere in possesso dei seguenti titoli:

---

---

---

---

---

---

- Che le scansioni dei titoli allegati alla domanda, di seguito elencati, sono conformi all'originale:

---

---

---

---

---

---

Data, \_\_\_\_\_

Il dichiarante

---