

Al Direttore del Dipartimento di
Scienze Chirurgiche

**Oggetto: manifestazione di interesse allo svolgimento di un' attività di coordinatore di tirocinio del
Master di I livello in "CONSULENTE IN SESSUOLOGIA " per
l'A.A. 2020-2021. Bando interno rivolto al personale (Rep. 30/2021 Prot. n. 834 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
