ALLEGATO "A"

AL DIRETTORE del

Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e

Medicina Sperimentale

Università degli Studi di Ferrara

# Via Luigi Borsari n. 46

44121 - Ferrara

Il/la sottoscritto/a

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Cognome:*** |  | | | | |
| ***Nome:*** |  | | | | |
| ***Nato/a a:*** |  | ***il:*** |  | | |
| ***Residente a:*** |  | | | ***Prov.:*** |  |
| ***Indirizzo:*** |  | | | ***C.A.P:*** |  |
| ***Codice Fiscale:*** |  | | | | |
| ***Telefono:*** |  | ***Cellulare:*** |  | | |
| ***E -Mail:*** |  | | | | |

chiede di partecipare alla selezione n. 6/2019, indicata nel bando, per il conferimento di n. 1 borsa di studio per ricerca *post lauream* presso il Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale dell’Università degli Studi di Ferrara.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

1. di essere nato in data e luogo sopra riportati;

2. di essere residente nel luogo sopra riportato;

3. di essere cittadino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

4. di essere in possesso di:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Laurea in*** |  | | |
| ***Conseguita in data*** |  | ***con votazione*** |  |
| ***presso l’Università di*** |  | | |

5. di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità previste nelle linee guida per l’attivazione delle borse di studio per attività di ricerca *post lauream* dell’Università di Ferrara.

6. di acconsentire ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n.196, al trattamento dei propri dati personali e alla pubblicazione del proprio curriculum vitae, privo dei dati sensibili e di firma, nel sito web del dipartimento.

Il/la sottoscritto/a dichiara di eleggere quale recapito ai fini della procedura selettiva il seguente indirizzo:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Presso:*** |  | | | | |
| ***Indirizzo:*** |  | ***C.A.P:*** |  | ***Prov.:*** |  |
| ***Telefono:*** |  | ***Cellulare:*** |  | | |
| ***E -Mail:*** |  | | | | |

riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione del recapito stesso.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente:

* copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale;
* curriculum vitae in formato europeo datato e firmato, valido ai fini della selezione;
* curriculum vitae in formato europeo privo dei dati sensibili e privo di firma, per la pubblicazione nel sito web del dipartimento;

Luogo e data

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_