

ALLEGATO "A"

Al Direttore
Del Dipartimento di Morfologia,
Chirurgia e Medicina Sperimentale
Prof.ssa Paola Secchiero
Via Luigi Borsari,46
44121 - FERRARA

Il/la sottoscritto/a

COGNOME _____

(le donne coniugate indicano il cognome da nubile)

NOME _____

CODICE FISCALE _____

PARTITA IVA _____

ISCRITTO ALL'ALBO _____ DI _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____

IN SERVIZIO PRESSO L'ENTE CONVENZIONATO _____

QUALIFICA _____

IN SERVIZIO PRESSO LA DIVISIONE/SERVIZIO/STRUTTURA COMPLESSA _____

In possesso del seguente titolo di studio:

Laurea prevista dagli ordinamenti didattici previgenti al DM 509/1999 in _____
Conseguita in data _____ Presso l'Università di _____

Laurea specialistica conseguita ai sensi del DM 509/99 in _____
conseguita nella classe n. _____

(denominazione classe)
Conseguita in data _____ Presso l'Università di _____

Laurea magistrale conseguita ai sensi del DM. 270/04 in _____
conseguita nella classe n. _____

(denominazione classe)
Conseguita in data _____ Presso l'Università di _____

chiede di partecipare alla selezione pubblica per titoli per il conferimento di un incarico di insegnamento

Dipartimento: MORFOLOGIA, CHIRURGIA E MEDICINA SPERIMENTALE

Scuola: RADIODIAGNOSTICA

Insegnamento: _____

Settore scientifico-disciplinare: _____

Crediti: _____

Ore: _____

Il/la sottoscritto/a dichiara:

Di avere prestato servizio per almeno 10 anni presso Strutture specialistiche accreditate e contrattualizzate con il SSN e convenzionate con la Scuola ed inserite nella rete formativa;

e, per le sole selezioni relative ad insegnamenti nel SSD della tipologia di Scuola:

Di superare almeno uno degli indicatori ASN relativi ai professori associati nel SSD di riferimento

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

PRESSO _____
INDIRIZZO _____ C.A.P. _____
COMUNE _____ PROV. _____ STATO _____
TELEFONO: _____ FAX _____
E -MAIL : _____
PEC: _____

riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione del recapito stesso.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

- 1) di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo;
- 2) di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi nei confronti dell'Università degli Studi di Ferrara (comma 14, art. 53 D.lgs. 165/2001). Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali. Il conflitto, anche potenziale, può riguardare sia interessi personali, sia interessi del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente:

- 1) copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale;
- 2) curriculum in duplice copia della propria attività scientifica, didattica e professionale in formato europeo, di cui una copia con tutti i dati personali, datato e firmato ed una seconda copia **SENZA** alcun dato sensibile.

Il curriculum potrà essere SOLO in formato europeo.

Luogo e data _____

Il/La dichiarante
