



Università degli Studi di Ferrara

ALLEGATO "A"

Al Direttore del Dipartimento di
Neuroscienze e Riabilitazione
Prof. Luigi Grassi
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 _____
DIVISIONE/SERVIZIO/STRUTTURA COMPLESSA _____
QUALIFICA _____

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 _____
(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:
Neuroscienze e Riabilitazione

Scuola:
Ortopedia e Traumatologia

Insegnamento:
Chirurgia Maxillofacciale

Settore scientifico disciplinare: **MED/29**

Crediti: **1**

Ore: **8**

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 rapporto di coniugio ovvero un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione 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 datato ma non firmato con firma autografa, in due file distinti**.

Il curriculum potrà essere SOLO in formato europeo.

Luogo e data _____

Il/La dichiarante
