

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA ANIMALE, PRODUZIONI E SALUTE – MAPS
DEPARTMENT OF ANIMAL MEDICINE, PRODUCTION AND HEALTH**

Viale dell'Università, 16
35020 - Legnaro (PD)
Direzione: tel. e fax 049-8272592
Amministrazione: tel. 049-8272560
fax 049-8272545
e-mail: direzione.maps@unipd.it
PEC: dipartimento.maps@pec.unipd.it
CF 80006480281
P.IVA 00742430283

Al Responsabile del Dipartimento di
Medicina Animale, Produzioni e
Salute - MAPS
dell'Università degli Studi di Padova

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. di ____)
il _____, CF _____ residente a
_____ C.A.P. _____, (provincia di ____), in via
_____ n. _____,
in possesso di cittadinanza _____,
recapito telefonico _____
e-mail _____
eventuale e-mail certificata (PEC): _____

CHIEDE

l'ammissione al bando di selezione pubblica, per titoli per l'attribuzione della borsa per lo svolgimento di attività di ricerca dal titolo:

Procedura bandita con delibera del Consiglio del Dipartimento di Medicina Animale, Produzioni e Salute del _____

DICHIARA

ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni amministrative e penali richiamate dagli art. 75 (Decadenza dai benefici) e art. 76 (Norme penali) per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- di essere cittadino/a _____ [se cittadino/a non appartenente all'Unione Europea e presente sul territorio italiano: dichiara di possedere un permesso di soggiorno valido alla data di scadenza del bando]

•di aver preso visione del “Regolamento di Ateneo per le borse per lo svolgimento di attività di ricerca” e di non essere in nessuna delle condizioni che prevedono l’incompatibilità con la presente borsa e di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con docenti o ricercatori/ricercatrici di ruolo appartenenti alla struttura che propone la selezione ovvero con Rettore, Direttore generale o componenti del Consiglio di Amministrazione dell’Ateneo;

•di svolgere attualmente le seguenti attività lavorative:

•di eleggere ai fini del presente concorso il proprio recapito:

○all’indirizzo di residenza

○al seguente indirizzo:

via _____ n. _____

Comune _____ PROV _____ CAP _____

Ai sensi dell’art.20 della L. 104/1992, richiede

_____ e allega certificazione relativa alla propria disabilità.

Dichiara infine di essere a conoscenza e di accettare tutte le norme contenute nel bando di concorso ed esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., per gli adempimenti connessi alla presente procedura selettiva.

Alla domanda vengono allegati:

- a) un dettagliato curriculum dell’attività scientifica, accademica e professionale;
- b) una copia del documento d’identità;
- c) gli eventuali altri allegati previsti dall’avviso;
- d) ogni altro documento ritenuto idoneo ai fini della valutazione.

Data _____

firma della persona candidata
