

All. B

ISTANZA PER SUPPLENZA/CONTRATTO E DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 46 D.P.R. 28/12/2000, N. 445

Al Direttore del Dipartimento di Medicina
Veterinaria
Università degli Studi di Teramo

DATI ANAGRAFICI	
COGNOME	_____
NOME	_____
STATO CIVILE	_____ SESSO _____
DATA E LUOGO DI NASCITA	_____
CODICE FISCALE	_____
RESIDENZA (via, comune, provincia, cap)	_____

DOMICILIO (se diverso dalla residenza)	_____
QUALIFICA	_____
UNIVERSITÀ/ENTE DI APPARTENENZA (indirizzo)	_____

TEL./FAX/E-MAIL	_____

SUPPLENZA/CONTRATTO (depennare la voce che non ricorre)
DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA A.A. 2025/2026
CORSO DI LAUREA _____
INSEGNAMENTO _____

DATI AI FINI FISCALI (RISERVATO ESCLUSIVAMENTE A DOMANDE PER CONTRATTO)	
<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA Titolare di partita I.V.A.	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E/O ENTI PUBBLICI Indicare denominazione _____
<input type="checkbox"/> LAVORATORE AUTONOMO (senza titolarità di partita I.V.A.)	
Il candidato si impegna a comunicare eventuali variazioni relative al proprio Status Fiscale	

DATA _____

FIRMA

Il sottoscritto dichiara di non trovarsi nelle seguenti situazioni di incompatibilità:

- 1) (in caso di contratto) di non avere relazione di coniugio o un grado di parentela o di affinità fino al IV grado compreso, con il Rettore, con il Direttore Generale, un componente del Consiglio di Amministrazione o con un docente afferente alla struttura che attribuisce il contratto;
- 2) di non ricoprire uno dei mandati, cariche o uffici di cui all'art. 12 e 13 del DPR n. 382/1980 e successive modificazioni e integrazioni;
- 3) di non essere iscritto ai corsi di dottorato di ricerca, di perfezionamento e Scuole di specializzazione dell'Università e di altri Atenei, di non essere titolare di borse di studio post dottorato ex legge n. 386/1989, nonché titolare di borse di studio post laurea qualora contemporaneamente iscritto ad altro Corso.

DATA _____

FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 D.P.R. 445/2000

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto:

CODICE FISCALE (se cittadino italiano)_____

NATO A (comune di nascita)_____ PROV. _____

IL _____ SESSO _____

RESIDENTE A _____ CAP _____

INDIRIZZO: VIA _____ n. _____

RECAPITI TELEFONICI _____

E-MAIL _____

Consapevole delle responsabilità penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- Che tutto quanto riportato nel curriculum vitae allegato alla domanda corrisponde al vero;
- Che tutto quanto riportato nell'elenco dei titoli allegato alla domanda corrisponde al vero;
- Che tutto quanto riportato nell'elenco delle pubblicazioni presentate in allegato alla domanda corrisponde al vero;
- Che tutto quanto riportato nell'elenco della documentazione relativa all'attività didattica svolta ritenuta utile ai fini della presente procedura selettiva corrisponde al vero (se presentato);
- Di essere in possesso della seguente PEC personale di seguito riportata.....;

Firma del dichiarante

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso visione della normativa del bando e dell'informativa allegata (All. E), ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali raccolti, inclusi quelli relativi alle categorie particolari, ai fini della partecipazione alla procedura relativa al conferimento degli incarichi di insegnamento per l'a.a. 2025/2026 del Dipartimento di Medicina Veterinaria.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

N.B. ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO