

**Al Direttore del Dipartimento di Bioscienze e Tecnologie Agro Alimentari e Ambientali
dell'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	
UNIVERSITA'/ENTE DI APPARTENENZA (indirizzo)	
TEL/ FAX/ E-MAIL	
SUPPLENZA/CONTRATTO (depenare la voce che non ricorre)	
DIPARTIMENTO	A.A. 2026/27
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	
MODALITA' DI PAGAMENTO (contratti e supplenze esterne)	
<input type="checkbox"/> CONTANTI ALLO SPORTELLO <input type="checkbox"/> TRASMISSIONE DI ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE	
<input type="checkbox"/> BONIFICO BANCARIO	
BANCA	
FILIALE	
C/C N. ABI CAB	
codice IBAN ____/____/____/____/____/____/____/____	
DATA _____	FIRMA _____
Il sottoscritto di 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. 382/80 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, nonché titolare di borse di studio per attività di ricerca post laurea, assegni di ricerca conferiti dall'Università o di altri Atenei.	
DATA _____	FIRMA _____

**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

- a) Che tutto quanto riportato nel curriculum vitae allegato alla domanda corrisponde al vero;
- b) Che tutto quanto riportato nell'elenco dei titoli allegati alla domanda corrisponde al vero;
- c) Che tutto quanto riportato nell'elenco delle pubblicazioni presentate in allegato alla domanda corrisponde al vero;
- d) Che tutto quanto riportato nell'elenco della documentazione relativa all'attività didattica svolta e ritenuta utile ai fini della presente procedura selettiva corrisponde al vero (se presentato);

Luogo e data _____

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 di selezione per l'affidamento dell'incarico di insegnamento.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

N.B. ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO