

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

**Al Direttore del Centro Universitario per la
Formazione sul Sostegno Didattico per gli Alunni
con Disabilità (CE.S.D.).**

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./E-MAIL	_____

SUPPLENZA/CONTRATTO (depennare la voce che non ricorre)
A.A. 2025/2026
CENTRO UNIVERSITARIO PER LA FORMAZIONE SUL SOSTEGNO DIDATTICO PER GLI ALUNNI CON DISABILITÀ (CE.S.D.)
INSEGNAMENTO _____

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

DATA _____

FIRMA DIGITALE

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 DIGITALE

**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 negli allegati C e D corrisponde al vero;
- che tutto quanto dichiarato nella procedura di selezione corrisponde al vero.
-

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

Luogo e data _____

Firma Digitale del dichiarante

N.B. ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO