

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

avendo preso visione dell'AVVISO n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ riservato ai Medici di Medicina  
Generale iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri delle province di Perugia e Terni

### **DICHIARA**

**ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità:**

- ◆ di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_  
al numero \_\_\_\_\_
- ◆ di essere in servizio in qualità di Medico di Medicina generale dal \_\_\_\_\_
- ◆ titolarità di un numero di assistiti nella misura almeno pari alla metà del massimale vigente  
e operare in uno studio professionale accreditato
- ◆ di acconsentire, nel caso in cui all'Amministrazione pervenga motivata richiesta di accesso  
agli atti relativa alla procedura ed il candidato rivesta la qualifica di controinteressato,  
l'invio per via telematica all'indirizzo di posta indicato nella domanda, ai sensi dell'art. 3 del  
D.P.R. n. 184/2006, di copia della comunicazione con la quale si notifica la richiesta di  
accesso e la possibilità di presentare motivata opposizione a detta richiesta, anche per via  
telematica, entro dieci giorni dal ricevimento della comunicazione stessa.
- ◆ di accettare tutte le previsioni contenute nel presente Avviso;
- ◆ di autorizzare l'eventuale pubblicazione on-line del curriculum vitae nel sito web  
dell'Ateneo nel caso di sottoscrizione del contratto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679  
e del D.Lgs. 196/2003, come da ultimo modificato dal D.Lgs. 101/2018.

### **CHIEDE**

la valutazione del proprio curriculum scientifico e professionale ai fini dell'attribuzione  
dell'incarico di docenza a titolo gratuito per l'insegnamento/modulo  
di \_\_\_\_\_

SSD \_\_\_\_\_ del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia – Sede di \_\_\_\_\_ \* - per l'A.A. 2020/2021

**\*Per la sede di Perugia specificare anche il canale**

Allega alla presente istanza, in carta libera, datati e firmati:

- curriculum scientifico e professionale corredato di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (allegato B)
- documento di identità
- .....
- .....

**Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, formazione e/o uso di atti falsi di cui all'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere disposta dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.**

**Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs.196/2003, come da ultimo modificato dal D.Lgs.101/2018, dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università degli per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.**

**Luogo e data \_\_\_\_\_**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_