

Schema di domanda

Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità

**Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliero-Universitaria
Consorziale Policlinico di Bari
Piazza Giulio Cesare, 11
70124 - BARI**

Il/la sottoscritto/a (cognome).....(nome).....
chiede di poter partecipare all'Avviso Pubblico, per titoli e colloquio, finalizzato al conferimento di n. 2 borse di studio in favore di n. 2 medici in qualità di collaboratori aggiuntivi di ricerca under 40, della durata dalla data di sottoscrizione del contratto sino al 30/08/2026, eventualmente prorogabili, nell'ambito delle attività relative al progetto PNRR dal titolo "Natural history of familial cerebral cavernous malformations: the CCM_Italia cohort study" – (con codice progetto PNRR-MR1-2023-12378478) da svolgersi presso la U.O.C. di Neurochirurgia Universitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari (CUP MASTER C43C24000520006 - CUP DERIVATO B93C24000540006 - CHIAVE CONTABILE PNRR-B93C24000540006 – 01) ; pubblicato sul portale unico InPA dal, dichiarando sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000:

- di essere** nato aprov.....il
- di possedere** la cittadinanza.....;
- di essere** residente a.....;
- prov.....via.....c.a.p.....;
- codice fiscale.....;
- PEC.....;
- di essere** iscritto nelle liste elettorali del Comune di
- di non essere** iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:.....
.....;
- di aver** subito le seguenti condanne penali.....
.....;
- di non aver** riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- di essere** in possesso del diploma di Laurea in
conseguito il.....presso
- di essere** iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici di
dal.....;
- di aver** prestato servizio presso le seguenti Amministrazioni Pubbliche.....
.....
dal al;
- dal al

- di essere** nato aprov.....il
- di possedere** la cittadinanza.....;
- di essere** residente a.....;
- prov.....via.....c.a.p.....;
- codice fiscale.....;
- PEC.....;
- di essere** iscritto nelle liste elettorali del Comune di
- di non essere** iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:.....
.....;
- di aver** subito le seguenti condanne penali.....
.....;
- di non aver** riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- di essere** in possesso del diploma di Laurea in
conseguito il.....presso
- di essere** iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici di.....
.....dal.....;
- di aver** prestato servizio presso le seguenti Amministrazioni Pubbliche.....
.....;
dal al;
dal al;
il cui rapporto è cessato per i seguenti motivi:
.....
.....;
- di non aver** prestato servizio presso alcuna Amministrazione pubblica;
- di aver diritto** alla preferenza o precedenza alla nomina, a parità di merito e di titoli, in quanto è in possesso dei seguenti requisiti di cui all'art. 5 D.P.R. n.487/94 come novellato dal D.P.R. n.82 del 16/06/2023 per quanto applicabile:
.....
.....;

di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

di non essere stato escluso dall'elettorato politico attivo;

di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di leva.....;

di eleggere il proprio domicilio agli effetti di ogni comunicazione relativa all'Avviso al seguente indirizzo:

località/Stato.....

.....Via.....C.a.p.....

Telefono..... cell.....

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati forniti con la presente richiesta possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del GDPR 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) per gli adempimenti connessi alla presente procedura concorsuale, nonché all'eventuale procedura di assunzione.

Luogo e Data,.....

Firma