

Facsimile di domanda di ammissione alla selezione (da compilare in carta semplice)

Al Direttore Generale
Azienda U.L.S.S. n. 9 Scaligera
Via Valverde, 42
37122 VERONA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ (Prov. _____) il _____,
residente a _____ CAP _____ (Prov. _____),
Via _____ n. _____

C H I E D E

**di essere ammesso alla selezione pubblica per l'assegnazione di una
BORSA DI STUDIO DESTINATA AD UN SOGGETTO IN POSSESSO DELLA LAUREA MAGISTRALE
IN PSICOLOGIA CLINICA (LM-51) O LAUREA TRIENNALE IN NEUROSCIENZE (L-24) CON MASTER
O DOTTORATO DI RICERCA IN NEUROSCIENZE CLINICHE NELL'AMBITO DEL PROGETTO: DATA
MANAGER STUDI CLINICI PRESSO L'UOC ONCOLOGIA DI LEGNAGO DEL DIPARTIMENTO DI
ONCOLOGIA CLINICA**

**di cui all'avviso di selezione prot. n. 150256 del 26/08/2025
indetto con deliberazione n.997 del 10/08/2025**

**A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76
del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,**

DICHIARA:

- di essere in possesso della cittadinanza _____ ;
- che il proprio codice fiscale è il seguente: _____ ;
- di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (A);
- di avere/non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali in corso _____ (B);
- di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: _____ ;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____, conseguito in data _____ presso _____ ;
- di aver maturato eventuale esperienza riconducibile a quanto previsto dall'incarico da conferire :
dal _____ al _____ presso _____
dal _____ al _____ presso _____

- di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
- di non essere stato dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- che l'indirizzo al quale deve essere inviata ogni necessaria comunicazione è il seguente:

tel. _____ - tel. cell. _____ - Email _____;

- di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della procedura, ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, e del D.Lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____

- (A) *in caso negativo, indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;*
- (B) *in caso affermativo, specificare quali.*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

In riferimento alla domanda di partecipazione alla selezione per l'assegnazione di una borsa di studio da assegnare ad un laureato in possesso della laurea magistrale in Psicologia Clinica(LM--51) o laurea triennale in Neuroscienze (L-24) con Master o Dottorato di Ricerca in Neuroscienze Cliniche nell'ambito del progetto: "Data Manager Studi Clinici Oncologici" presso l'UOC Oncologia di Legnago del Dipartimento di Oncologia Clinica

di cui all'avviso prot. n. 150256 del 26/08/2025

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

Dichiara

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

- che le allegate copie dei sottoelencati documenti sono conformi agli originali in mio possesso:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

- i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Le dichiarazioni sostitutive dovranno essere chiare e complete in ogni particolare utile per una corretta valutazione di quanto dichiarato nelle stesse. In caso contrario, non saranno tenute in considerazione.

Per quanto riguarda le **dichiarazioni di servizio**, dovrà essere specificato quanto segue:

- denominazione dell'ente presso il quale il servizio è stato prestato, con relativo indirizzo,
- posizione funzionale;
- durata del servizio (indicare giorno, mese, anno di inizio e di fine rapporto),
- tipo di rapporto di lavoro (indicare se a tempo pieno o con orario ad impegno ridotto),
- eventuali periodi di aspettativa.

A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma _____