



n) di non essere in rapporto di parentela, o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un docente appartenente alla Scuola ove si svolge la collaborazione, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo.

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_ chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura selettiva venga inviata al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Università della Basilicata non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario:

P.za/Via/C.so \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_

Comune - \_\_\_\_\_ -Provincia ( \_\_\_\_\_ ) Telefono \_\_\_\_\_

Nominativo indicato c/o l'abitazione (se diverso dal proprio) \_\_\_\_\_

**Solamente per i cittadini appartenenti ad altro Stato dell'Unione Europea:**

• di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza

\_\_ SI

\_\_ NO per i seguenti motivi \_\_\_\_\_ -

(barrare la casella interessata)

• di avere adeguata conoscenza della lingua italiana.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la sua personale responsabilità, dichiara che quanto contenuto nella presente domanda corrisponde a verità.

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

- ◆ Copia fotostatica di un valido documento di identità debitamente firmata;
- ◆ Curriculum vitae in formato pdf/A - standard internazionale conforme a ISO 19005 debitamente sottoscritto **corredato** di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, resa utilizzando l'allegato B), con la quale il candidato attesti sotto la propria responsabilità che quanto rappresentato nel proprio curriculum corrisponde a verità;
- ◆ Certificato rilasciato dalla struttura sanitaria pubblica competente per territorio attestante l'ausilio necessario e la necessità di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove (per i candidati con disabilità).

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, e successive modificazioni ed integrazioni per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data, \_\_\_\_\_

**Il dichiarante\***

\_\_\_\_\_

Spazio riservato a coloro che intendono fruire dei benefici previsti dall'art.20 della legge 5.2.1992, n.104

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_ dichiara di essere persona con disabilità ai sensi dell'art.3 della legge 5.2.1992, n.104 e pertanto dichiara di avere necessità del seguente ausilio nel corso dello svolgimento delle prove: \_\_\_\_\_ e dei seguenti tempi aggiuntivi:

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Il dichiarante\*

• La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma ai sensi dell'art. 39 -comma 1- del D.P.R. 445/00.

**ALLEGATO B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D..P.R. n.445/00)

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

(art. 46 D.P.R. 445/00)

Il sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_ . nome \_\_\_\_\_  
cognome coniuge \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
(prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
e domiciliato in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art.76 del D.P.R.445/00

**D I C H I A R A**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Il dichiarante\*

\* La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma ai sensi dell'art. 39 -comma 1-del D.P.R. 445/00, è sottoscritta ed inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente.

Al fine del miglior utilizzo dell'allegato B) si precisa che:

- 1 il candidato può utilizzarlo senza dover precisare quale tipo di dichiarazione (certificazione o atto di notorietà) intenda sostituire;
2. se vengono prodotti certificati o attestati in lingua diversa da quella italiana, francese, inglese, tedesca e spagnola, la dichiarazione di conformità all'originale deve essere accompagnata, a pena di mancata valutazione degli stessi, da una traduzione in lingua italiana, certificata conforme al testo straniero, redatta dalla competente rappresentanza diplomatica o consolare ovvero da un traduttore ufficiale oppure certificata conforme al testo straniero mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n.445, conformemente all'allegato modello B.
3. per i titoli di studio indicare la natura del Diploma, la data di conseguimento, l'Istituto, la votazione;
4. per gli attestati di qualificazione e/o specializzazione specificare la natura del corso di qualificazione o specializzazione, l'Ente organizzatore, il periodo di frequenza, l'eventuale votazione finale;
5. per l'attività lavorativa specificare l'esatto periodo di svolgimento dell'attività, l'Ente pubblico o privato di riferimento nonché la qualifica o categoria rivestita.

Si riportano, a titolo esemplificativo, alcuni casi in cui è possibile utilizzare il fac-simile di dichiarazioni sostitutive:

**D I C H I A R A**

\_\_ di essere in possesso del seguente titolo \_\_\_\_\_  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con  
la votazione di \_\_\_\_\_;

\_\_ che la copia dei seguenti titoli/pubblicazioni:

1. \_\_\_\_\_ composto da n. \_\_\_\_\_ pagine
  2. \_\_\_\_\_ composto da n. \_\_\_\_\_ pagine
- ecc.

è/sono conforme/i all'originale.

• Che quanto rappresentato nel proprio curriculum corrisponde a verità.