

85100 POTENZA

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

__l__ 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

__l__ 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.

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)

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

DICHIARA

[illegible]

Il dichiarante*

DICHARA

- Che quanto rappresentato nel proprio curriculum corrisponde a verità.