

**Allegato A**

**Al Direttore del  
Dipartimento di  
Salute Mentale e Fisica e  
Medicina Preventiva  
dell'Università degli Studi  
della Campania Luigi  
Vanvitelli.  
Largo Madonna delle Grazie  
80138 - Napoli**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
domicilio fiscale Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_, TEL. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo E-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che, per l'anno accademico 2023/2024, gli/le venga conferito presso il  
**Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva** l'incarico di  
attività di didattica per l'insegnamento di

1

**Corso di laurea Triennale in Logopedia sede Avellino - Polo  
Grottaminarda, settore scientifico disciplinare \_\_\_\_\_ n. ore di  
attività didattica \_\_\_\_\_ n. CFU \_\_\_\_\_ A.S. \_\_\_\_\_ D.D. \_\_\_\_\_ n.**

Consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice Penale e dalle  
leggi speciali in materia (art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria  
responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 **dichiara:**

di essere in possesso di laurea:  magistrale  specialistica  ciclo unico  vecchio  
ordinamento conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
votazione \_\_\_\_\_

dottorato di ricerca (se posseduto) conseguito il  
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_

di rinunciare ad ogni pretesa nel caso in cui il conferimento del contratto non  
abbia esito positivo;

di non prestare servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

di prestare servizio in qualità di

presso \_\_\_\_\_ e di aver richiesto il  
prescritto nulla osta, che si allega;

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui al presente bando;

di aver preso visione del Regolamento per la disciplina degli incarichi didattici, D.R.  
n. 803 del 05/08/2013;

- di essere cittadino straniero in regola con le vigenti disposizioni in materia di permesso di soggiorno
- di autorizzare la struttura universitaria ad utilizzare l'indirizzo mail indicato per inviare comunicazioni;

**Allega alla presente:**

- copia firmata del curriculum vitae comprensivo dell'elenco delle pubblicazioni;
- copia firmata di un documento di identità in corso di validità;
- autorizzazione allo svolgimento dell'insegnamento per contratto (se dipendenti dello Stato e di Enti pubblici) o copia della relativa richiesta da cui risulti la data di presentazione, opportunamente vidimata da un funzionario a ciò legittimato;
- nonché i seguenti titoli o quant'altro utile ai fini di un'eventuale comparazione:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2

Si autorizza il trattamento dei dati personali oggetto della presente dichiarazione ai sensi della normativa vigente in materia

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

FIRMA \_\_\_\_\_

---

**N.B.** Ai sensi dell'art.39 del DPR 28 dicembre 2000 - n°445, non è richiesta l'autenticazione della sottoscrizione della domanda.

**Allegato B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e che codesta Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati.

**DICHIARA:**

di essere in possesso del/i sotto indicato/i titolo/i professionale/i e/o culturale/i:

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

3

**Allego fotocopia del documento di riconoscimento.**

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

Il Dichiarante<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La firma è obbligatoria, pena la nullità della presente dichiarazione sostitutiva di certificazione.

**Allegato C**

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

(artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome \_\_\_\_\_  
nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e che codesta Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati.

**DICHIARA:**

che il/i sotto elencato/i titolo/i è/sono conforme/i all'originale:

---

---

---

---

---

---

---

---

4

***Allego fotocopia del documento di riconoscimento.***

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

Il Dichiarante<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> La firma è obbligatoria, pena la nullità della presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.