

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche  
Traslazionali dell'Università degli Studi della Campania Luigi  
Vanvitelli

[dip.scienzemedichetraslazionali@pec.unicampania.it](mailto:dip.scienzemedichetraslazionali@pec.unicampania.it)

Allegato 1

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(ART. 46 d. P. R. n. 445/2000)  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(ART. 47 d. P. R. n. 445/2000)  
(DA COMPILARE IN STAMPATELLO)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA, PER SOLI TITOLI, DI CUI AL D.D. N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_ (PROT. N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_) AI FINI DELLA COPERTURA DEGLI INSEGNAMENTI MEDIANTE LA STIPULA DI CONTRATTI DI DIRITTO PRIVATO.

**PER OGNI INSEGNAMENTO (con precisazione del Canale, dell'anno e del semestre di riferimento) DOVRA' ESSERE PRESENTATA UNA SINGOLA DOMANDA.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, cittadinanza \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_),  
alla Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,  
domiciliato in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_), alla Via/P.zza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, con tel. \_\_\_\_\_ (fisso) e \_\_\_\_\_ (cell.) e Indirizzo E-mail \_\_\_\_\_, consapevole della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 :

**CHIEDE:**

di partecipare alla selezione pubblica, per soli titoli, diretta alla copertura, mediante contratti di diritto privato a titolo retribuito ex art. 23, co. 2, della L. 240/2010 e ss.mm.ii., e per l'anno accademico \_\_\_\_\_, dell'insegnamento di: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ del Corso di laurea triennale in NURSING, afferente al Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Corso Integrato di \_\_\_\_\_, Settore scientifico disciplinare \_\_\_\_\_ anno/semestre 2024/2025, n. ore di attività didattica \_\_\_\_\_, n. CFU \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, 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), e 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 (barrare la casella corrispondente alla tipologia del titolo di studio conseguito)

in \_\_\_\_\_, conseguita presso l'Università: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, con  
votazione \_\_\_\_/\_\_\_\_;

di aver conseguito il dottorato di ricerca in \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_ o titolo equipollente (indicare la normativa esatta che ne dichiara l'equipollenza \_\_\_\_\_);

di aver conseguito la specializzazione in \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_ o titolo equipollente (indicare la normativa esatta che ne dichiara l'equipollenza \_\_\_\_\_);

di aver conseguito il master di II livello in \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_ o titolo equipollente (indicare la normativa esatta che ne dichiara l'equipollenza \_\_\_\_\_);

di aver conseguito il master di I livello in \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_ o titolo equipollente (indicare la normativa esatta che ne dichiara l'equipollenza \_\_\_\_\_);

di aver svolto le sotto indicate attività didattiche universitarie (specificare Università, anno accademico, insegnamento per cui si è ricevuta la titolarità dell'insegnamento, ove possibile anche il corso integrato, il SSD, ore e crediti ):

in Corsi di Laurea in \_\_\_\_\_,

in Corsi di Specializzazione \_\_\_\_\_,

in Corsi di Dottorato di Ricerca \_\_\_\_\_,



**Allega alla presente:**

- copia di un valido documento di riconoscimento;
- nulla osta dell'amministrazione di appartenenza (per i dipendenti dello Stato o di enti pubblici);

Il sottoscritto è consapevole che se tale dichiarazione risultasse essere, anche parzialmente, non conforme al vero sarà escluso dalla selezione.

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

LUOGO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \*

\_\_\_\_\_

---

\* La sottoscrizione della domanda è obbligatoria pena l'esclusione dalla procedura valutativa. Ai sensi dell'art.39 del DPR 28 dicembre 2000 – n°445, non è richiesta l'autenticazione della sottoscrizione della domanda.