



Università
degli Studi
della Campania
Luigi Vanvitelli

Scuola di Medicina e Chirurgia
*Dipartimento di Salute Mentale e
Fisica e Medicina Preventiva*



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**

__l_ sottoscritt _____
nat _ a _____ il _____
domicilio fiscale Via/Piazza _____ n. _____
CAP _____ residente a _____
in Via/Piazza _____ n. _____
CAP _____ , TEL. _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo E-mail _____

CHIEDE

Ai sensi del Bando con DD _____ del _____ emanato dal Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva dell'Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli" di essere ammesso a partecipare alla selezione per il conferimento del contratto per attività di tutorato a.a. 2025/2026 per i seguenti insegnamenti:

:

1

Corso di Laurea	Insegnamento/Corso integrato	ore	Importo	Tipologia

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 iscritto al seguente Corso di Dottorato di Ricerca presso l'Università degli Studi della Campania: _____
- ☐ 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;

Scuola di Medicina e
Chirurgia
Dipartimento di Salute
Mentale e Fisica e Medicina
Preventiva

Largo Madonna delle
Grazie 1
80138 Napoli
T.: +39 081 5666503
F.: +39 081 5666523

dip.salutementalefisica@unicampania.it
dip.salutementalefisica@pec.unicampania.it
www.salutementalecfisica.unicampania.it



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 del tutorato 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:

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

Data, _____

FIRMA _____

2

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 Dichiarante¹

1 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 Dichiarante¹

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