UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE
DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE
Direttore: Prof. Gianluca Aimaretti
Via Solaroli, 17 Novara
Tel. 0321375241-2
e-mail: uss@med.uniupo.it

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DI MEDICINA TRASLAZIONALE

La/Il sottoscritta/o _____

Nata/o a _____ il _____

Residente a _____ indirizzo _____

Tel. Ufficio _____ Tel. Cell._____

Codice Fiscale _____ E-mail _____

- FA ISTANZA per ottenere il conferimento a titolo gratuito, per l'a.a. 2021/2022, dell'insegnamento di _____, della Scuola di Specializzazione in _____ di cui al Bando rep. N. /2022.
- DICHIARA, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che le informazioni inserite nel curriculum vitae e nell'elenco delle pubblicazioni corrispondono al vero.

_____, li _____

Con osservanza,

_____

Allegati :

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà
- curriculum vitae
- elenco delle pubblicazioni scientifiche
- fotocopia del codice fiscale e di un documento di identità

DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI DOMANDA PER INSEGNAMENTO IN SSD SPECIFICO DELLA TIPOLOGIA DELLA SCUOLA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ

(artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a_____

nato/a _____ il_____ Cod. fiscale _____

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

I seguenti dati relativi alla propria produzione scientifica:

numero articoli negli ultimi 5 anni: _____, numero citazioni 10 anni: _____, Indice H 10 anni _____

Luogo e data _____ Firma _____