



**UNIVERSITÀ  
di VERONA**

Scuola  
di **MEDICINA  
E CHIRURGIA**

Domanda Bando Blsd 2021-2022

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI ATTIVITÀ DIDATTICHE DI TIPOLOGIA D) (Basic Life Support and Defibrillation) NEI CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE PER L'A.A. 2021/2022. (1/2021/blsd)**

Il/La sottoscritto/a

---

(Cognome e Nome)

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione pubblica per il conferimento di incarichi di collaborazione per le attività didattiche di tipologia D) (Basic Life Support and Defibrillation) per l'Anno Accademico 2021/2022 relativamente a:

**Corso di laurea** \_\_\_\_\_

**Sede di** \_\_\_\_\_

**per n. ore** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

(Resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – G.U. n. 42 del 20/02/2001)

Il/La sottoscritto/a

---

(Cognome e Nome)

al fine di essere ammesso/a alla selezione pubblica per il conferimento degli incarichi di collaborazione per le attività didattiche di tipologia D) e F) (seminari multidisciplinari), consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci - art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

**DICHIARA**

- di essere nato/a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_
- di essere di nazionalità \_\_\_\_\_ e di cittadinanza \_\_\_\_\_
- codice fiscale
- partita IVA (per coloro che la posseggono) \_\_\_\_\_
- di essere residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
- di avere il Domicilio Fiscale (se diverso dalla residenza) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_)



- di essere dipendente dell'Ente/Azienda sotto specificato:

\_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

- di possedere esperienza professionale

nell'ambito \_\_\_\_\_

da anni \_\_\_\_\_

- di possedere il seguente titolo di studio

\_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara di non avere un grado di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso con un professore appartenente alla Scuola di Medicina e Chirurgia o alla struttura che effettua la chiamata ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo, ai sensi dell'art. 18 lettere b) e c) della Legge n. 240/2010.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda:

- 1) curriculum vitae contenente la descrizione dell'esperienza professionale maturata compilato secondo il modello allegato al presente bando;
- 2) fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- 3) dichiarazione art. 15;
- 4) scheda anagrafica;

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data .....

Firma .....

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Università degli Studi di Verona a pubblicare sul sito web istituzionale dell'Ateneo il proprio curriculum vitae allegato alla presente domanda nella forma qui redatta, secondo quanto previsto dall'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013.

Verona, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)