



Università degli Studi di Ferrara

ALLEGATO "A"

Al Direttore del Dipartimento di
Medicina Traslazionale e per la Romagna
via Luigi Borsari, 46
44121 FERRARA

Il/la sottoscritto/a
COGNOME _____

(le donne coniugate indicano il cognome da nubile)
NOME _____

CODICE FISCALE _____

PARTITA IVA _____

ISCRITTO ALL'ALBO _____ DI _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____

IN SERVIZIO PRESSO L'ENTE CONVENZIONATO

QUALIFICA _____

IN SERVIZIO PRESSO LA DIVISIONE/SERVIZIO/STRUTTURA COMPLESSA

In possesso del seguente titolo di studio:

☐ Laurea prevista dagli ordinamenti didattici previgenti al DM 509/1999 in

Conseguita in data _____ Presso l'Università di _____

☐ Laurea specialistica conseguita ai sensi del DM 509/99 in

conseguita nella classe n. _____
(denominazione classe)

Conseguita in data _____ Presso l'Università di _____

☐ Laurea magistrale conseguita ai sensi del DM. 270/04 in

conseguita nella classe n. _____
(denominazione classe)

Conseguita in data _____ Presso l'Università di _____

chiede di partecipare alla selezione pubblica per titoli per il conferimento di un incarico di insegnamento

Dipartimento: **Medicina Traslazionale e per la Romagna**

Scuola: **Medicina e cure palliative**

Insegnamento: Valutazione e terapia del dolore; ruolo e limiti delle tecniche invasive A

Settore scientifico disciplinare: MEDS-23/A Crediti: **4 Ore: 120**

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- ☐ Di avere prestato servizio per almeno 10 anni presso Strutture specialistiche accreditate e contrattualizzate con il SSN e convenzionate con la Scuola ed inserite nella rete formativa;

e, per le sole selezioni relative ad insegnamenti nel SSD della tipologia di Scuola:

- ☐ Di superare almeno uno degli indicatori ASN relativi ai professori associati nel SSD di riferimento

Il/la sottoscritto/a dichiara di eleggere quale recapito ai fini della procedura selettiva il seguente indirizzo:

PRESSO _____

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____

COMUNE _____ PROV. _____ STATO _____

TELEFONO: _____ FAX _____

E -MAIL: _____ PEC: _____

riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione del recapito stesso.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

- 1) di non avere un rapporto di coniugio ovvero un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di **Medicina Traslazionale e per la Romagna** ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo;
- 2) di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi nei confronti dell'Università degli Studi di Ferrara (comma 14, art. 53 D.lgs. 165/2001). Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali. Il conflitto, anche potenziale, può riguardare sia interessi personali, sia interessi del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente:

- 1) copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale;
- 2) curriculum in duplice copia della propria attività scientifica, didattica e professionale in formato europeo, di cui una copia con tutti i dati personali, datato e firmato ed una seconda copia **SENZA** alcun dato sensibile, datato ma **NON** firmato con firma autografa ma riportante la dicitura "Firmato (NOME E COGNOME)".

Si fa presente che in calce al curriculum i candidati dovranno indicare e sottoscrivere le seguenti diciture:

- Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. n.196/2003 e del GDPR 679/16 – "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per tutti gli adempimenti connessi.
- Il sottoscritto acconsente alla pubblicazione del presente curriculum vitae sul sito dell'Università di Ferrara.

Il curriculum potrà essere SOLO in formato europeo e non potrà avere dimensione superiore ad 1 MB.

Luogo e data _____

Il/La dichiarante _____