



UNIMORE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA

Dipartimento di Scienze Biomediche,
Metaboliche e Neuroscienze

**ALLEGATO "2" -
DOMANDA - CURRICULUM VITAE
(schema esemplificativo)**

Al Direttore del Dipartimento di
Scienze Biomediche, Metaboliche
e Neuroscienze

Il sottoscritto presenta la propria candidatura **per il conferimento dell'incarico di didattica integrativa, mediante contratto di diritto privato di lavoro autonomo**, per il Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze - Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

Attività didattica:

A tal fine, cosciente delle responsabilità anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere dichiara:

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

PROV

RESIDENTE A

PROV

CAP

VIA

N.

CODICE FISCALE

CITTADINANZA ITALIANA

SI	NO
----	----

CITTADINI STRANIERI cittadinanza:

TITOLO DI STUDIO

Conseguito

in

data

Voto:

Presso



UNIMORE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA

Dipartimento di Scienze Biomediche,
Metaboliche e Neuroscienze

Per i titoli di studio stranieri: equipollente al seguente titolo di studio italiano

(barrare le caselle corrispondenti al vero)

- ☐ Di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini stranieri).
- ☐ Di non avere alcun grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura richiedente l'attivazione del contratto, ovvero con il Rettore, Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo (art. 18, L. 240/2010).

Di essere in possesso del seguente requisito per la partecipazione previsto dall'art. 2 del bando:

Soggetti in possesso di adeguati requisiti scientifici e professionali.

Di non trovarsi nella situazione di incompatibilità prevista dall' art. 25 della L 724/94 in particolare:

(CAMPI CHE RICHIEDONO LA COMPILAZIONE OBBLIGATORIA)

Cessato/a a decorrere dal ____/____/____

- Ultimo datore di lavoro _____

- Nei cinque anni precedenti al pensionamento:

- ☐ HA prestato servizio presso l'Università degli Studi di **Modena e Reggio Emilia**;
- ☐ NON HA prestato servizio presso l'Università degli Studi di **Modena e Reggio Emilia**;

Posizione professionale attuale

TITOLARITÀ DI PARTITA IVA:

☐ di non essere titolare di partita IVA;

☐ di essere titolare di partita IVA, per l'esercizio della professione di

Se si è titolare di P.I. indicare il Codice ATECO*

*I candidati titolari di Partita Iva devono inserire il Codice ATECO.



UNIMORE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA

Dipartimento di Scienze Biomediche,
Metaboliche e Neuroscienze

Tale codice classifica le attività economiche ai sensi del Regolamento (CE) n. 1893/2006 del PE e del Consiglio del 20/12/2006 (vedi <http://www.istat.it/strumenti/definizioni/ateco/>)

Per i Ricercatori, Professori Associati, Professori Ordinari afferenti ad altri Atenei italiani:

Occorre indicare se 'e stata richiesta o meno l'autorizzazione prevista dall'art. 6 della Legge 240/2010 per lo svolgimento dell'incarico di didattica

- ☐ di aver richiesto l'autorizzazione per lo svolgimento dell'incarico ex art.6 della L.240/2010;
- ☐ ovvero di non averla richiesta in quanto non previsto dal Regolamento dell'Ateneo di appartenenza.

Per gli Assegnisti di ricerca UNIMORE:

occorre dichiarare se sono state superate o meno le 60 ore di didattica assistita comprese le ore previste dall'incarico per cui si presenta la candidatura.

- ☐ Di non aver superato il limite di 60 ore di didattica assistita come disciplinato dal REGOLAMENTO DR rep. 173/2019 prot. 70890 DEL 29/03/2019 art 7 co. 5 e di aver richiesto l'autorizzazione per lo svolgimento dell'incarico;
- ☐ Di _____ non _____ aver _____ richiesto _____ l'autorizzazione _____ in quanto: _____;

in data _____

Di allegare un elenco dei titoli presentati;

Di allegare la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ex art .47/L.240/2010 (allegato n. 4);

Di allegare copia del documento di identità

RECAPITO CUI INDIRIZZARE LE COMUNICAZIONI RELATIVE AL CONCORSO:

Eventuale c/o

VIA

N.

COMUNE

PROV

CAP

TELEFONO

E- MAIL



UNIMORE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA

Dipartimento di Scienze Biomediche,
Metaboliche e Neuroscienze

Il sottoscritto dichiara che quanto indicato nella presente domanda corrisponde al vero ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 ed esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.lgs n.196/03, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data _____

Firma
