# Al **Direttore del Dipartimento**

#  **di Medicina Interna e Specialità Mediche**

 Chiar.mo Prof. Alberto Ballestrero

 Viale Benedetto XV, 6

 16132 Genova

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE**

**Il/La sottoscritto/a**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nome |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Comune di nascita |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Provincia |  |  |  | Stato |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data di nascita |   |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  Cittadinanza |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Codice fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# **RESIDENTE IN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Indirizzo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comune |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Provincia |  |  |  | Stato |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| C.A.P. |  |  |  |  |  |  |

# **CON DOMICILIO (compilare solo se diverso dalla residenza)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Indirizzo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comune |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Provincia |  |  |  | Stato |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| C.A.P. |  |  |  |  |  |  |

(se residente all’estero) codice identificativo estero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Telefono |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Telefono studio |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cellulare |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |
| Denominazione |  |
| Indirizzo |  |
| CAP –CITTA’ |  |
|  |  |
| Denominazione |  |
| Indirizzo |  |
| CAP –CITTA’ |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (indicare l’attività)‬‬‬‬‬‬‬‬‬‬‬ |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| iscrizione a Cassa |  |
| nazionale di previdenza (specificare)‬‬‬‬‬‬‬‬‬‬‬ |  |

**CHIEDE**

# **DI ESSERE AMMESSO AL CONCORSO PER L’ATTRIBUZIONE DI UN CONTRATTO DI DIRITTO PRIVATO, AI SENSI DELL’ART.23 COMMA 2 LEGGE 240 DEL 30/12/2010,**

|  |  |
| --- | --- |
|  nel corso di studi in | MEDICINA E CHIRURGIA |

# **PER LO SVOLGIMENTO, NELL’ANNO ACCADEMICO 2018/2019, DI**

|  |  |
| --- | --- |
| * Insegnamento **ufficiale**
 | 80809 TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE MEDICO-CHIRURGICO |

# **DICHIARA CHE LA PRESTAZIONE SARA’ RESA NELL’AMBITO DI**

(indicare obbligatoriamente una delle 2 opzioni)

un rapporto di **collaborazione coordinata e continuativa** (regime contributivo di cui all’articolo 2 comma 26 e seguenti della Legge 335/95 - Gestione Separata del lavoro autonomo)

**oppure**

un **incarico professionale**

|  |  |
| --- | --- |
| Partita IVA  | n.  |
| Intestata a |  | CF |  |
| Indirizzo |  | Città |  | Prov. |  |

\* \* \*

### DICHIARA DI NON FREQUENTARE UN DOTTORATO O UNA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE NELL’ATENEO GENOVESE O IN ALTRO ATENEO

\* \* \*

 **ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:**

|  |  |
| --- | --- |
| - **Curriculum formativo e professionale (sottoscritto in ogni pagina**). ***Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità dichiara che quanto indicato nel curriculum formativo e professionale corrisponde a verità.***  |  |
| - **Titoli ritenuti utili ai fini della valutazione e relativo elenco (sottoscritto in ogni pagina)** ***Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità dichiara che i titoli di cui all’elenco, presentati in copia, sono conformi all’originale.*** |  |
| - Fotocopia semplice di un documento di identità personale |  |

### È A CONOSCENZA CHE L’INCARICO DI CUI SOPRA, SE ATTRIBUITO, ACQUISTERÀ EFFICACIA A DECORRERE DALLA DATA DI PUBBLICAZIONE DELLO STESSO SUL SITO WEB DELL'ATENEO.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART.13 DEL D.LGS n. 196/2003**

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, l’Università degli Studi di Genova – Facoltà di Medicina e Chirurgia informa che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell’art. 13 della normativa indicata, La informiamo che i dati personali, da Lei forniti, saranno raccolti e trattati nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi alla piena attuazione del rapporto di collaborazione con l’Università degli Studi di Genova. L’eventuale rifiuto a fornire i dati di cui sopra avrà come conseguenza l’impossibilità per l’Università di procedere alla formalizzazione dell’incarico di cui sopra.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |
| Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |