



ALLEGATO – SEDE DI ROVIGO

Al Presidente della LILT
Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori – Associazione Provinciale di Rovigo
c/o Ospedale Civile di Rovigo

Il/La sottoscritto/a _____ chiede l'attribuzione di
_____ di cui all'avviso AVVISO pubblicato in data ,
a supporto della ricerca

“ ”,
da svolgere presso l'Ospedale Civile di Rovigo.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e successive modifiche e integrazioni

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del citato D.P.R. n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

a) di essere nato a _____ (prov. _____) il _____ e di
risiedere attualmente a _____ CAP _____ (prov.
_____) in via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____ indirizzo di posta elettronica
_____;

b) di essere in possesso della cittadinanza _____;(1)

c) di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali _____(2);

d) di avere il seguente codice fiscale _____;

e) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari
_____;

f) di avere/non avere riportato condanne penali _____ (3);

g) di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità indicate dall'art. 25 della L. 23 dicembre 1994, n. 724, richiamate nell'avviso di selezione (4);

h) di non essere in godimento del trattamento di quiescenza;



i) di essere in possesso dei requisiti prescritti dall'avviso, e precisamente:

laurea in _____conseguita presso

in data _____

diploma di specializzazione in dermatologia e venereologia conseguito presso

in data _____

Iscrizione all'Albo dei Medici in data _____

Il/La sottoscritto/a allega inoltre curriculum formativo e professionale, anche ai fini della pubblicazione dello stesso nel sito internet della LILT di Padova, sezione dedicata Progetti LILT – Borse di Studio (<https://www.liltpadova.it/progetti-lilt/progetti-lilt-borse-di-studio/>).

Allega infine fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento.

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento (UE) 216/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i., ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Dichiara che le copie di documenti/titoli allegati alla presente domanda sono conformi agli originali, ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000 (solo per titoli rilasciati da Enti Privati).

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga effettuata al seguente indirizzo:

Dott. _____

Indirizzo _____

n. tel. _____ posta elettronica _____

Data

Firma

ALLEGA: Fotocopia non autenticata di un valido documento di riconoscimento.