**MODELLO A**

#### Al Magnifico Rettore

**Università degli Studi di Perugia**

#### Oggetto: (Class.VII/2) Modello A da produrre al momento della nomina

 l sottoscritt

cognome nome

(per le donne indicare il cognome da nubile)

nat a (Prov .) il

Residente al 1° gennaio u.s. in via

Residente attualmente in

dal (specificare solo se diversa dalla precedente, indicando la data in cui la residenza è stata modificata)

via n.

c.f

cell e-mail (personale obbligatoria)

Pec

### D I C H I A R A

- di essere nat a il

- di essere cittadino italiano (oppure)

- di godere dei diritti politici alla data odierna ed alla data di scadenza del bando di procedura

- di trovarsi nella seguente posizione agli effetti e adempimenti degli obblighi militari (da compilare solo per i nati prima del 1° gennaio 1986)

- di non aver riportato condanne penali che impediscano l’instaurazione di un rapporto di pubblico impiego,

Di aver conseguito i seguenti titoli di studio:

Laurea vecchio ordinamento in conseguita presso in data

Laurea a ciclo unico in conseguita presso in data

Laurea triennale in conseguita presso in data

Laurea magistrale in conseguita presso in data

Dottorato in conseguito presso in data

Specializzazione in conseguita presso in data

Ulteriori titoli (solo Laurea, Dottorato, Specializzazione)

* di essere iscritto all’**ordine Professionale**  nella Prov a decorrere dal con il n e che è a conoscenza del fatto che, essendo iscritto agli ordini professionali dei medici chirurghi ed odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti, ha l’obbligo contributivo a proprio carico a favore dell’ONAOSI, al cui adempimento provvederà codesta Amministrazione mediante trattenuta mensile dello stipendio ai sensi delle vigenti disposizioni di legge e regolamentari in materia.

- di appartenere ad una delle seguenti categorie:

[x]  invalido civile (indicare percentuale di invalidità) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[x]  mutilato o invalido di guerra o per servizio (indicare categoria e Tabella) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[x]  congiunto di caduto per servizio o in guerra

**-** di essere a conoscenza delle cause di cumulo ed incompatibilità rispetto alle disposizioni che regolano il rapporto di lavoro di pubblico impiego a tempo pieno (art. 11 comma 5, art. 13 e art. 15 del D.P.R. 382/1980 e art. 6 della Legge 240/2010) e che a decorrere dalla data del

 si impegna a non ricoprire altri impieghi alle dipendenze delle Amministrazioni pubbliche e private;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall’art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell’art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l’Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto prende atto, ai sensi D.Lvo 30 giugno 2003, n. 196 sul trattamento dei dati personali e del Regolamento UE 2016/679, che i dati contenuti nella presente autocertificazione verranno trattati prevalentemente con procedure informatizzate e potranno essere forniti ad altri organismi pubblici per il raggiungimento delle rispettive finalità istituzionali.

Si allega fotocopia di documento di identità in corso di validità. (1)

(luogo e data)

Il dichiarante

(firma per esteso e leggibile) (2)

1. La fotocopia del documento di identità in corso di validità è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione.
2. la firma è obbligatoria pena la nullità della dichiarazione.