

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI PER ATTIVITÀ DIDATTICHE RELATIVE AL MASTER IN ENDODONZIA

Al Coordinatore del Master in Endodonzia
dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
DSCMT

Il /La Sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ in Via _____

Codice Fiscale _____ nazionalità _____

Partita IVA _____

Iscrizione alla Cassa di Previdenza _____

Posizione professionale attualmente rivestita _____

Recapito telefonico _____ e-mail _____

Chiede di essere ammesso/a

alla selezione **CODICE** _____ per il conferimento dell'incarico di collaborazione per le attività di docenza del Master in Endodonzia AA 2023/2024. A tal fine dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

a) _____

b) _____

c) _____

e dei seguenti titoli utili ai fini della valutazione comparativa:

a) _____

b) _____

c) _____

Dichiara, ai sensi dell'art. 18, co. 1 della legge 240/2010 di non avere alcun grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di Scienze Cliniche e Medicina Traslazionale. Dichiara inoltre di:

aver prestato presso l'Ateneo i seguenti periodi di servizio a tempo determinato o contratti di lavoro autonomo _____

OPPURE

di non aver prestato presso l'Ateneo periodi di servizio a tempo determinato o contratti di lavoro autonomo

**Si allega curriculum vitae e copia del documento di identità.
La documentazione dovrà essere inviata in formato pdf.**

Roma, _____

Firma
