

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI  
incarichi di COLLABORAZIONE per attività di docenza e tutorato al Master in MEDICINE  
NATURALI**

Al Coordinatore del Master in Medicine Naturali  
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 \_\_\_\_\_

Iscrizione

INPS \_\_\_\_\_

Posizione professionale attualmente rivestita

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Chiede di essere ammesso/a**

alla selezione **Prot. N. 7/2025 CODICE \_\_\_\_\_** per il conferimento dell'incarico di collaborazione per le attività di docenza del Master in Medicine Naturali. 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 ESSERE dipendente della seguente Amministrazione pubblica \_\_\_\_\_  
(i dipendenti di amministrazioni pubbliche, qualora vincitori della selezione dovranno produrre il nulla osta dell'amministrazione di appartenenza, prima della stipula del contratto)  
**Si allega curriculum vitae e copia del documento di identità.**  
*La documentazione dovrà essere inviata in formato pdf.*

Roma, \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_