

**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

\_\_\_\_\_