

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. 795 del 29/04/2026 N. 6/2026 CODICE _____** per il conferimento 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
