

**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 2025/2026. 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

\_\_\_\_\_