



Dottorati di ricerca – Richiesta attività clinico-assistenziale

Il/La sottoscritto/a

Matricola _____

Cognome e nome

nato a _____ Il ____/____/____
Comune di nascita ed eventuale frazione

sigla Provincia di nascita _____ oppure stato estero di nascita _____
se nato in Italia se nato all'estero

Dottorato di ricerca in _____ anno di corso _____

Ciclo _____ Tutor _____

Cell _____ E-mail _____

Dichiara di allegare alla presente:

- certificazione del diploma laurea e/o di specializzazione;
- iscrizione all'ordine e abilitazione;
- Curriculum Vitae aggiornato;
- attestato relativo al corso di formazione obbligatorio "Il Decreto Legislativo 81/08 -Formazione studenti- Roma" in modalità e-learning;
- copia dell'ultimo giudizio di idoneità alla mansione specifica, rilasciato dal Servizio di Sorveglianza Sanitaria dell'Ateneo.

Dichiara

- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'articolo 4, comma 7, della L. 412/91 e successive modificazioni;
- di non essere titolare di alcun rapporto di lavoro subordinato con le Amministrazioni Pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del D. Lgs. 165/2001;
- di prestare altre attività ovvero di essere titolare o compartecipe di quote di imprese (di seguito specificare quali):

- _____

 di prestare altre attività clinico assistenziale presso:
- _____

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente, e comunque entro 30 giorni, le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate nel presente modulo.

Data,

Firma

p. Il Collegio dei docenti
Il coordinatore

Scheda da compilare e inviare a: dottorati.ricerca-rm@unicatt.it oppure spedire per posta o consegnare a mano a Università Cattolica del Sacro Cuore - Ufficio Dottorati di ricerca, Largo Francesco Vito 1, 00168 Roma