



## ALLEGATO – SEDE DI PADOVA

Al Presidente della LILT

Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori – Associazione Provinciale di Padova  
c/o LILT Padova

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede l'attribuzione di  
\_\_\_\_\_ di cui all'avviso AVVISO ..... pubblicato in data ..... ,  
a supporto della ricerca

“ ..... ”,

da svolgere presso gli ambulatori LILT di Padova.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e successive modifiche e integrazioni

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del citato D.P.R. n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

**a)** di essere nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e di  
risiedere attualmente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (prov.  
\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica  
\_\_\_\_\_;

**b)** di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;(1)

**c)** di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali \_\_\_\_\_(2);

**d)** di avere il seguente codice fiscale \_\_\_\_\_;

**e)** di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari  
\_\_\_\_\_;

**f)** di avere/non avere riportato condanne penali \_\_\_\_\_ (3);

**g)** di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità indicate dall'art. 25 della L. 23 dicembre 1994, n. 724, richiamate nell'avviso di selezione (4);

**h)** di non essere in godimento del trattamento di quiescenza;



**i)** di essere in possesso dei requisiti prescritti dall'avviso, e precisamente:

laurea in \_\_\_\_\_conseguita presso

in data\_\_\_\_\_

diploma di specializzazione in dermatologia e venereologia conseguito presso

in data\_\_\_\_\_

Iscrizione all'Albo dei Medici in data\_\_\_\_\_

Esperienza maturata

Il/La sottoscritto/a allega inoltre curriculum formativo e professionale, anche ai fini della pubblicazione dello stesso nel sito internet della LILT di Padova, sezione dedicata ai Progetti LILT – Borse di Studio ( <https://www.liltpadova.it/progetti-lilt/progetti-lilt-borse-di-studio/> )

Allega infine fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento (UE) 216/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i., ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Dichiara che le copie di documenti/titoli allegati alla presente domanda sono conformi agli originali, ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000 (solo per titoli rilasciati da Enti Privati).

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga effettuata al seguente indirizzo:

Dott. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

n. tel. \_\_\_\_\_ posta elettronica \_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**ALLEGA:** Fotocopia non autenticata di un valido documento di riconoscimento.