



**ASSUNZIONE IN SERVIZIO PERSONALE DOCENTE  
SCHEDA ANAGRAFICA**

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

(artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445: "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

Magnifico Rettore  
Università di Parma  
SEDE

Il/La sottoscritto/a (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_  
nato/a (*comune, provincia, stato*) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente in (*indicare CAP, luogo e provincia, indirizzo, n. civico*):

\_\_\_\_\_

domiciliato/a, qualora non corrisponda con la residenza più sopra indicata, in (*indicare CAP, luogo e provincia, indirizzo, n. civico*):

\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- che i dati anagrafici e fiscali sopra riportati corrispondono al vero;  
- di avere la cittadinanza \_\_\_\_\_  
- di avere la nazionalità \_\_\_\_\_  
- di essere nella seguente posizione agli effetti degli obblighi militari di leva: \_\_\_\_\_

- di essere in godimento dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza;  
 di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
**ovvero**  di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_

- di essere residente in (*indicare CAP, luogo e provincia, indirizzo, n. civico*):

\_\_\_\_\_

di non aver riportato condanne penali **ovvero**  di aver riportato le seguenti condanne penali:

\_\_\_\_\_

di non avere procedimenti e/o processi penali pendenti **ovvero**  di avere i seguenti procedimenti e/o processi penali pendenti:

\_\_\_\_\_

di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento ovvero di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da un impiego statale, ai sensi dell'art. 127, comma 1, lettera d), del D.P.R. 10.1.1957, n. 3: "Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato", ovvero di non aver subito la risoluzione del rapporto di impiego per motivi disciplinari, **ovvero**  di essere stato/a dichiarato/a decaduto/a dalla seguente Pubblica Amministrazione:



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

- di essere in possesso del/dei seguente/i titolo/i di studio:

(indicare descrizione titolo, votazione, istituzione, luogo e giorno/mese/anno di conseguimento)

---

---

---

---

---

- di essere in possesso della/delle seguente/i specializzazione/i post-laurea:

(indicare descrizione titolo, votazione, istituzione, luogo e giorno/mese/anno di conseguimento)

---

---

---

---

---

- che la famiglia convivente del/della dichiarante si compone di:

(indicare cognome, nome, relazione di parentela, luogo di nascita, data di nascita e Codice Fiscale)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### **SEZIONE 1/6 – ACCETTAZIONE DI CHIAMATA**

di accettare la chiamata per il posto di:

- Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Prima Fascia
- Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Seconda Fascia
- Professore/ssa Straordinario/a a tempo determinato

a seguito di:

- procedura selettiva ai sensi dell'art. 18, comma 1, della Legge 240/2010;
- procedura selettiva ai sensi dell'art. 18, comma 4, della Legge 240/2010;
- procedura di chiamata diretta ai sensi dell'art. 1, comma 9, della Legge 230/2005;
- conferimento diretto ai sensi dell'art. 1, comma 12, della legge 230/2005;

Gruppo Scientifico-Disciplinare \_\_\_\_\_

settore scientifico-disciplinare \_\_\_\_\_

con afferenza al Dipartimento di \_\_\_\_\_

### **SEZIONE 2/6 – DICHIARAZIONE DI NON PARENTELA/AFFINITÀ**

in relazione alla propria domanda di partecipazione alla summenzionata procedura selettiva di chiamata, ai sensi





**b) per le Professoressa e i Professori afferenti al Dipartimento di Medicina con attività in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale**

- di optare nella qualifica di:
- Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Prima Fascia
  - Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Seconda Fascia
  - Professore/ssa Straordinario/a a tempo determinato

a far tempo dall'anno accademico \_\_\_\_\_, con decorrenza dalla data di effettiva assunzione in servizio, per un regime di impegno a tempo PIENO, ai sensi dell'art. 6 della Legge 30.12.2010, n. 240, nonché per lo svolgimento di attività assistenziale INTRAMURARIA, ai sensi del Decreto Legislativo 21.12.1999, n. 517 e del Decreto-Legge 29.3.2004, n. 81, convertito, con modificazioni, nella Legge 26.5.2004, n. 138;

- di optare nella qualifica di:
- Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Prima Fascia
  - Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Seconda Fascia
  - Professore/ssa Straordinario/a a tempo determinato

a far tempo dall'anno accademico \_\_\_\_\_, con decorrenza dalla data di effettiva assunzione in servizio, per un regime di impegno a tempo DEFINITO, ai sensi dell'art. 6 della Legge 30.12.2010, n. 240, nonché per lo svolgimento di attività libero professionale EXTRAMURARIA, ai sensi del Decreto Legislativo 21.12.1999, n. 517 e del Decreto-Legge 29.3.2004, n. 81, convertito, con modificazioni, nella Legge 26.5.2004, n. 13;

- di non essere iscritto/a ad alcun Albo di Ordine Professionale;
- di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine Professionale:
- Provinciale                       Regionale                       Nazionale

\_\_\_\_\_ (indicare l'Ordine Professionale)

con sede in (comune, provincia) \_\_\_\_\_

indirizzo (via, n. civico, CAP) \_\_\_\_\_

a far tempo dal (giorno/mese/anno) \_\_\_\_\_ n. di iscrizione \_\_\_\_\_

**SEZIONE 5/6 – DICHIARAZIONE PER L'AMMISSIONE AL PAGAMENTO DEGLI EMOLUMENTI (dati riferiti al giorno antecedente la presa di servizio)**

- di non aver prestato servizio presso altra Pubblica Amministrazione;
- di aver prestato servizio presso altra Pubblica Amministrazione, con rapporto di lavoro subordinato in qualità di:

\_\_\_\_\_ presso (specificare): \_\_\_\_\_

- di voler delegare questa Amministrazione ad accreditare in via continuativa gli emolumenti spettanti sul:

- conto corrente bancario                       conto banco posta

Intestato, e/o cointestato, al/alla dichiarante \_\_\_\_\_

Presso la banca/ufficio postale \_\_\_\_\_

