

Il/La sottoscritto/a nato/a a
.....Prov. (.....) il, residente in
..... Prov. (...) via n. CAP, e domiciliato in
..... Prov. (...) via n. CAP, a conoscenza di quanto
prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare
incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n.
445/2000 e sotto la propria personale responsabilità:

D I C H I A R A
(barrare le caselle interessate)

- Di essere in possesso del diploma di laurea in
conseguito il _____ con la votazione di presso
con tesi dal titolo
- Di essere stato titolare di contratti precedenti per assegno di ricerca (art.22 L. 240/2010) ovvero di
precedenti contratti da ricercatore tipo a) o tipo b) ai sensi dell'art. 24 della L. 240/2010 (specificare) :
.....
.....

- Di essere inoltre in possesso dei seguenti titoli che si ritengono utili ai fini della selezione:
.....

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003,
n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente
nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Letto, confermato e sottoscritto.

Cagliari, li ____/____/____

IL/LA DICHIARANTE

Firma digitale

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(da sottoscrivere davanti all'impiegato addetto o spedire con la fotocopia di un documento di identità)
(Art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

ALL. D)

Il/La sottoscritto/a nato/a
a..... il, residente in
....., e domiciliato/a in
via n°, a conoscenza di
quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare
incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n.
445/2000 e sotto la propria personale responsabilità:

D I C H I A R A

Che la copia/e del/i seguente/i atto/i unito/i alla presente dichiarazione è conforme all'originale:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Letto, confermato e sottoscritto.

IL/LA DICHIARANTE

Cagliari, li ____/____/____

Firma digitale

RICHIESTA COLLOQUIO IN VIDEOCONFERENZA VIA SKIPE

ALL. E)

(Solo per i candidati domiciliati o residenti fuori dal territorio regionale)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ (Prov. di _____) il _____

Nazionalità _____

Indirizzo di residenza (numero, via, codice postale, Paese)

Tel./Cell. _____

Skype ID: _____

Indirizzo e-mail : _____

CHIEDE

di sostenere il colloquio in videoconferenza tramite Skype.

A conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

che utilizzerà per l'identificazione la Carta d'Identità/Passaporto allegato in copia fronte e retro e a colori.

Date

_____ li _____

Firma digitale

UNIVERSITY OF CAGLIARI

REQUEST OF INTERVIEW BY VIDEOCONFERENCING USING SKYPE

All. E)

(PLEASE NOTE: only for applicants not residing in Sardinia)

Name(s)
Surname(s)
Place of birth
Date of birth (mm/dd/yy)
Nationality
Permanent residency address
Temporary residency address
Telephone number
E-mail address
Skype Name

PLEASE FIND ATTACHED THE FOLLOWING DOCUMENT

Colour copy of a valid identity document, with clear photograph.

Date,

Signature

.....
Digital signe