

Al Responsabile del Dipartimento  
di Neuroscienze – DNS  
dell'Università degli Studi di Padova

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_  
(prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_,  
(provincia di \_\_\_\_\_), in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
in possesso di cittadinanza \_\_\_\_\_,  
recapito telefonico \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
eventuale e-mail certificata (PEC): \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

l'ammissione al bando di selezione pubblica, *per titoli e colloquio*, per l'attribuzione della  
borsa per lo svolgimento di attività di ricerca dal titolo:

*"Le nuove tecnologie e l'utilizzo dell'AI nella gestione del paziente ortodontico con malocclusione  
dentaria e nel paziente con OSAS" – Responsabile scientifico prof. Antonio Gracco;*

#### DICHIARA

ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni  
amministrative e penali richiamate dagli art. 75 (Decadenza dai benefici) e art. 76 (Norme  
penali) per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- \_\_\_\_\_
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_ [se cittadino/a non appartenente  
all'Unione Europea e presente sul territorio italiano: dichiara di possedere un  
permesso di soggiorno valido alla data di scadenza del bando]
- di aver preso visione del "Regolamento di Ateneo per le borse per lo svolgimento di  
attività di ricerca" e di non essere in nessuna delle condizioni che prevedono  
l'incompatibilità con la presente borsa e di non avere un rapporto di coniugio o un

grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con docenti o ricercatori/ricercatrici di ruolo appartenenti alla struttura che propone la selezione ovvero con Rettore, Direttore generale o componenti del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo;

- di svolgere attualmente le seguenti attività lavorative:

---

---

- di eleggere ai fini del presente concorso il proprio recapito:

- all'indirizzo di residenza
- al seguente indirizzo:

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art.20 della L. 104/1992, richiede

---

---

e allega certificazione relativa alla propria disabilità.

Dichiara infine di essere a conoscenza e di accettare tutte le norme contenute nel bando di concorso ed esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., per gli adempimenti connessi alla presente procedura selettiva.

Alla domanda vengono allegati:

- a) un dettagliato curriculum dell'attività scientifica, accademica e professionale;
- b) una copia del documento d'identità;
- c) gli eventuali altri allegati previsti dall'avviso;
- d) ogni altro documento ritenuto idoneo ai fini della valutazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma della persona candidata

---