



UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE
DEGLI ALIMENTI E DEL FARMACO

ALLEGATO 1

AL DIRETTORE DIPARTIMENTO/CENTRO

.....
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA
43124 PARMA

Il sottoscritt _____

nat a _____ il _____ cittadinanza _____

residente a _____

Via _____ N. _____

C.A.P. _____ Tel./Cell. _____ EMAIL _____

Domiciliat in _____

Via _____ N. _____ C.A.P. _____

- consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerà nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;
- consapevole che decadrà, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

CHIEDE

di essere ammess a partecipare al concorso per l'attribuzione della borsa di ricerca codice _____,
bandito dal Dipartimento/Centro di _____ dal titolo:

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità e ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n° 445/00 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:

- di aver conseguito la Laurea in _____ Classe _____
presso l'Università di _____ in data _____
con voto finale _____ Vecchio / Nuovo Ordinamento
- di aver conseguito il Titolo di Dottore di Ricerca in _____
presso l'Università di _____ in data _____
- di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in _____
presso l'Università di _____ in data _____
- altro _____

Allega alla presente domanda i seguenti documenti (**INDICARE QUANTO RICHIESTO DA BANDO**):

- _____
- _____
- _____

(PER COLORO CHE SONO IN POSSESSO DI UN TITOLO DI STUDIO STRANIERO):



UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE
DEGLI ALIMENTI E DEL FARMACO

___ | ___ sottoscritt ___ chiede inoltre alla Commissione Giudicatrice, unicamente ai fini dell'attribuzione della borsa di studio, la dichiarazione di equipollenza in parola del proprio titolo di studio con quanto richiesto da bando allegando i documenti utili a consentire tale dichiarazione di equipollenza.

___ | ___ sottoscritt ___ dichiara, inoltre, di essere/non essere portatore di handicap (indicare gli eventuali ausili necessari per lo svolgimento della prova di esame) _____

DATA

FIRMA LEGGIBILE E PER ESTESO



UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE
DEGLI ALIMENTI E DEL FARMACO

ALLEGATO 2

DICHIARAZIONE del TITOLO DI STUDIO

(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

Dichiara di esser informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

conseguito presso _____

nell'anno _____ con votazione _____

Data _____

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

1 indicare il Comune di residenza

2 la firma non va autenticata, né deve essere apposta alla presenza dell'impiegato dell'Ente interessato

3 La presente dichiarazione ha validità di 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000).

4 La presente dichiarazione può essere trasmessa con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000).

Esente da bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.