

ALL. 1 – DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
DI SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DEL FARMACO
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA
PARCO AREA DELLE SCIENZE 27/A
43124 PARMA

___ I ___ sottoscritt ___
nat ___ a ___ il ___ cittadinanza ___
residente a ___
Via ___ N. ___
C.A.P. ___ Tel./Cell. ___ E-mail ___
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 di Scienze degli Alimenti e del Farmaco 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):

___ I ___ 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.

___ I ___ 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