



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA  
TRASLAZIONALE**

Direttore: Prof. Gianluca Aimaretti

Via Solaroli, 17 Novara

Tel. 0321375241-2

e-mail: [uss@med.uniupo.it](mailto:uss@med.uniupo.it)

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DI MEDICINA TRASLAZIONALE

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. Ufficio \_\_\_\_\_ Tel. Cell. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

- FA ISTANZA per ottenere il conferimento a titolo gratuito, per l'a.a. 2022/2023, dell'insegnamento di \_\_\_\_\_, della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_ di cui al Bando rep. N. /2023.
- DICHIARA, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che le informazioni inserite nel curriculum vitae e nell'elenco delle pubblicazioni corrispondono al vero.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Con osservanza,

\_\_\_\_\_

Allegati :

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà
- curriculum vitae
- elenco delle pubblicazioni scientifiche
- fotocopia del codice fiscale e di un documento di identità



**\*DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI DOMANDA PER INSEGNAMENTO IN SSD SPECIFICO DELLA TIPOLOGIA DELLA SCUOLA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ**

(artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

I seguenti dati relativi alla propria produzione scientifica:

numero articoli negli ultimi 5 anni: \_\_\_\_\_, numero citazioni 10 anni: \_\_\_\_\_, Indice H 10 anni \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_