



Al Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Napoli Federico II

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente in _____ (_____) C.A.P. _____ tel. _____
(luogo) (prov.)

alla via _____ n. _____ Codice fiscale: _____
(indirizzo)

e-mail _____ cell./tel. _____

dichiara di accettare l'assegno di tutorato di:

Tipologia A (studenti iscritti, per l'a.a. 2020/2021, ai corsi di laurea magistrale)

Tipologia B (iscritti, per l'a.a. 2020/2021, ai corsi di dottorato di ricerca)

per l'incentivazione delle attività di tutorato presso le strutture del

Polo Universitario Penitenziario

Scuola di Medicina e Chirurgia,

a seguito della selezione regolata dal Bando di Concorso emanato con D.R. n. 2876 del 01.07.2021.
Inoltre, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 per il caso di dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA

- di non avere conseguito il titolo finale del corso di studi cui è iscritto
- di essere a conoscenza della durata, delle condizioni che regolano lo svolgimento delle attività di tutorato e dell'importo dell'assegno, riportati nel Bando di concorso
- di essere a conoscenza che durante il periodo di godimento dell'assegno di tutorato:
 - non potrà svolgere incarichi di collaborazione a tempo parziale "part-time" di cui al D.Lgs n. 68/2012;
 - non potrà essere titolare di assegno per lo svolgimento di attività di ricerca;
 - non potrà svolgere attività di tutorato, consulenza, assistenza presso strutture private che preparano alla carriera universitaria;
 - non potrà svolgere attività di lavoro dipendente o autonomo.

Dichiara, infine, di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. 196/03, i dati personali forniti saranno utilizzati dall'Amministrazione universitaria solo per fini istituzionali e per l'espletamento della procedura concorsuale e che, in particolare, gli competono i diritti di cui all'articolo 7 del citato decreto legislativo.

Luogo _____, data ____/____/____

Firma del dichiarante
