



DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DELL'ASSEGNO DI TUTORATO

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____ in via _____
_____, e-mail istituzionale _____
tel. _____, matricola _____, cod. fisc. _____

Conferma di accettare l'assegno di tutorato:

- Tipologia A** (iscritti, per l'a.a. 2023/2024, ai corsi di laurea a ciclo unico o laurea magistrale)
- Tipologia B** (iscritti, per l'a.a. 2023/2024, ai corsi di dottorato di ricerca o scuole di specializzazione)

per l'incentivazione delle attività di tutorato presso le strutture della Scuola di Medicina e Chirurgia- Dipartimenti di Area Medica, a seguito della selezione individuata dal bando di concorso emanato con DR/2024/3026 del 12/07/2024 e DR/2024/3255 del 23/07/2024.

Pertanto, 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 laurea 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 aver preso visione delle linee guida relative al tutorato presso la Scuola di medicina e chirurgia;
- di essere consapevole che i dati personali forniti saranno utilizzati dall'Amministrazione universitaria solo per fini istituzionali e per l'espletamento della procedura concorsuale e che, ai sensi del D. Lgs. 196/03, gli competono i diritti di cui all'articolo 7 del citato decreto legislativo.

Dichiara, infine, di essere consapevole che durante il periodo di godimento dell'assegno di tutorato:

- non potrà svolgere attività di lavoro dipendente o autonomo, nè incarichi di collaborazione a tempo parziale "part-time" di cui al D.Lgs. 68/2012;
- non potrà essere titolare di assegno per lo svolgimento di attività di ricerca;
- non potrà svolgere attività di tutorato, consulenza o assistenza presso strutture private che preparano alla carriera universitaria.

Luogo e Data _____

firma del dichiarante

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

Ai sensi del Regolamento UE 679 del 2016, del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.L. 196/2003 integrato e modificato dal D.L. 101/2018), nonché del Regolamento di Ateneo in materia di protezione dei Dati Personali (D.R. 2088/2019), i dati contenuti in questo documento sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. All'interessato competono i diritti di cui agli artt. 15 - 22 del suddetto regolamento. Titolare del trattamento è l'Università, nella persona del Responsabile della protezione dati: rpd@pec.unina.it . Per eventuali informazioni o chiarimenti sul presente procedimento, scrivere a: tutormed@unina.it