

**Dip. Giurisprudenza - Psicologia clinica - Servizio sociale (cod. 65020)**

Corso di studi: L8710 SERVIZIO SOCIALE

Il/la sottoscritto/a:

<b>DATI ANAGRAFICI / PERSONAL DATE</b>			
Cognome / Family name		Nome / First name	
<input type="text" value="ROSSO"/>		<input type="text" value="ANNA MARIA"/>	
Data di nascita/Date of birth	Comune (o stato estero) di nascita/Place of birth		Prov.
Sesso/Gender	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice fiscale / Italian fiscal code			
<input type="text"/>			
Codice identificativo estero / foreign identifying code /Citizenship			Cittadinanza
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Residenza: indirizzo e numero civico / Residence: address and street number			
<input type="text"/>			
Comune (e eventuale Stato estero) /Town (Country)		C.A.P. / Post code	Provincia/Province
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio presso il quale indirizzare le comunicazioni relative alla procedura (se diverso dalla residenza) ovvero collaboratore straniero residente all'estero e domiciliato in Italia per più di 185 gg. Address where to send communication about the procedure (in case it is different from residence) or foreign employee domiciled in Italy for more than 185 days. Indirizzo e numero civico / address and street number			
<input type="text"/>			
Comune (e eventuale Stato estero ) /Town (Country)		C.A.P. / Post code	Provincia/Province
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono / Phone number	E-Mail	PEC	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

chiede l'affidamento per l'a.a. 2023/2024 del seguente insegnamento ufficiale:

65020 PSICOLOGIA CLINICA

periodo di svolgimento dell'attività -

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara:

□

**Al fine dell'affidamento in questione, il/la sottoscritto/a fornisce le seguenti dichiarazioni:**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ PER CONFERIMENTO DI INCARICO (art. 47 D.P.R. 445/2000)**

Che non sussistono situazioni anche potenziali di conflitto di interessi con le attività oggetto dell'incarico;

**-Di ricoprire il/i seguente/i incarico/incarichi o carica/cariche:**

Di non ricoprire incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, né di svolgere attività professionali;

**-oppure**

**- x Di ricoprire il/i seguente/i incarico/incarichi o carica/cariche:**

Primo incarico: Docente a contratto  
Presso: Dipartimento di Giurisprudenza Università di Genova

Primo incarico: Docente a contratto  
Presso: Dipartimento di Scienze della Formazione Università di Genova

-  
-

**- x e/o di svolgere la/le seguente/i attività professionale/i:**

Attività: Psicologo Psicoterapeuta  
Presso: Studio professionale privato

-  
-  
-  
-

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero.

*Data 25/05/2023*