

**Dip. di Giurisprudenza - Fondamenti e organizzazione del servizio sociale (M-Z) -  
L Servizio sociale (cod. 65023)  
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="MIRANDA MIRANDA"/>		<input type="text" value="CAROLA ANDREA"/>	
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"/>			
Partita IVA / VAT number			
<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. 2024/2025 del seguente insegnamento ufficiale:

65023 FONDAMENTI E ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE

periodo di svolgimento dell'attività -

**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**

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

-  
-  
-  
-  
-  
-

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

Attività: Assistente Sociale  
Presso: ASL 2 Liguria

-  
-  
-  
-

Il/La sottoscritto/a allega inoltre Curriculum Vitae comprendente l'attività scientifica e professionale nonché gli altri titoli ritenuti utili alla valutazione secondo quanto previsto dal presente avviso di selezione per l'affidamento di Attività didattica ufficiale, nonché ogni altro documento indicato come necessario dal medesimo avviso.

Il/La sottoscritto/a allega inoltre fotocopia di un valido documento d'identità.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la presente domanda non potrà essere accolta se priva anche di parte dei documenti richiesti.

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 26/05/2024*