**Allegato 1.**

****

**UNIVERSITÀ’ DEGLI STUDI DI MESSINA**

**DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE**

**DIRETTORE: PROF. Giuseppe VITA**

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER DIPENDENTI**

Il/la sottoscritto/a………………………………………………………………………………………………

Nato/a a …………………………………….Prov…………………..il…………………………………..….

Residente a……………………………. prov…………c.a.p……………………………………………..

In Via ………………………………………………………………………………N……………………….

Afferente alla Struttura…………. …………………………………………………………………………..

Tel…………………………..Fax:…………………………….E-mail:…………………………………….

(matricola dipendente:…………………………………….Data di prima assunzione presso l’Università …………………………) attualmente nella categoria ed area ……………………………

Chiede di essere ammesso/a alla procedura di ricognizione interna ai fini della individuazione di personale strutturato di Ateneo, per lo svolgimento di una attività di ricerca nell’ambito del progetto su “**Screening clinico e di laboratorio per la diagnosi di APBD (adult polyglucosan body disease) in pazienti affetti da malattia demielinizzante del SNC che non soddisfano i criteri diagnostici di sclerosi multipla**” – Responsabile Scientifico. Prof. Giuseppe Vita

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art.46 e 47 del D.P.R.445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. Di essere in possesso del seguente titolo di studio…………………………………………

Conseguito il …………………presso ………………………………………………………

Con votazione………

1. Che quanto dichiarato nel curriculum allegato corrisponde al vero

Preciso recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tel.n.…………………………… cell.n……………………..

Indirizzo e-mail…………………………………………………………………………………………….

Allega:

* Autorizzazione del proprio Responsabile della struttura;
* Curriculum vitae datato e firmato;
* Fotocopia di un documento di riconoscimento

Data……………………………………………….

 Firma…………………………………………….

|  |
| --- |
| **SPAZIO PER L’AUTORIZZAZIONE DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA** Il sottoscritto/a ……………………………………………………. Responsabile della struttura di afferenza del dott…………………………………………………Autorizza il distacco temporaneo del dipendente per l’attività tecnico-amministrativa nell’ambito del Progetto di Ricerca su “**Screening clinico e di laboratorio per la diagnosi di APBD (adult polyglucosan body disease) in pazienti affetti da malattia demielinizzante del SNC che non soddisfano i criteri diagnostici di sclerosi multipla**” Responsabile Scientifico. Prof. Giuseppe Vita **TIMBRO E FIRMA** ………………………………………………… |