



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Alta Formazione Artistica e Musicale  
Accademia di Belle Arti "Mario Sironi" Sassari

ALLEGATO B

AL PRESIDENTE dell'ACCADEMIA  
di BELLE ARTI "Mario Sironi"  
Via Duca degli Abruzzi, 4  
07100 SASSARI

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

\_\_ I \_\_ Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
(provincia di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammess\_\_ alla selezione pubblica per il conferimento di u incarico professionale concernente il supporto per l'attività di creazione della rete dei centri risorse nell'ambito del progetto ART LAB NET secondo quanto indicato nell'avviso di selezione pubblica.

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dali' art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di essere in possesso dei requisiti di partecipazione previsti dal suddetto avviso. II/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione di quanto disposto dal bando di selezione e di accettarlo integralmente.

II/La sottoscritto/a chiede, inoltre, che tutte le comunicazioni relative alla presente selezione siano inviate al seguente indirizzo, impegnandosi a segnalarne tempestivamente ogni variazione:

Nome e Cognome

Via. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Allega inoltre alla domanda:

- Dichiarazione sostitutiva di certificazioni (All. B), rilasciata ai sensi dell'art. 46 del DPRn. 445/2000;
- Curriculum vitae datato e sottoscritto;
- Copia di un documento di identità in corso di validità.



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Alta Formazione Artistica e Musicale*  
Accademia di Belle Arti "Mario Sironi" Sassari

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati per gli adempimenti connessi alla presente procedura, nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.6.2003.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Alta Formazione Artistica e Musicale  
Accademia di Belle Arti "Mario Sironi" Sassari

ALLEGATO C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via  
\_\_\_\_\_

---

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso dei titoli valutabili indicati nel Curriculum Vitae allegato.

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e comunque per adempiere a specifici obblighi di legge.

Presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa.

Letto, confermato e sottoscritto.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)

Allega alla presente fotocopia documento identità.