



**TRASFERIMENTO DI PROFESSORESSE/PROFESSORI E RICERCATRICI/RICERCATORI UNIVERSITARI  
DI RUOLO, A SEGUITO DI SCAMBIO CONTESTUALE, AI SENSI DELL'ART.7, COMMA 3, DELLA LEGGE  
30.12.2010, N.240:**

**SCHEDA ANAGRAFICA  
DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

(artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445: "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

Magnifico Rettore  
Università di Parma  
SEDE

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a (comune, provincia, stato) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in (indicare CAP, luogo e provincia, indirizzo, n. civico):

\_\_\_\_\_

domiciliato/a, qualora non corrisponda con la residenza più sopra indicata, in (indicare CAP, luogo e provincia, indirizzo, n. civico):

\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- che i dati anagrafici e fiscali sopra riportati corrispondono al vero;

- di avere la cittadinanza \_\_\_\_\_

- di avere la nazionalità \_\_\_\_\_

- di essere nella seguente posizione agli effetti degli obblighi militari di leva: \_\_\_\_\_

- di essere in godimento dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza;

di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_

**ovvero**  di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_

- di essere residente in (indicare CAP, luogo e provincia, indirizzo, n. civico):

\_\_\_\_\_

di non aver riportato condanne penali **ovvero**  di aver riportato le seguenti condanne penali:

\_\_\_\_\_

di non avere procedimenti e/o processi penali pendenti **ovvero**  di avere i seguenti procedimenti e/o processi penali pendenti:

\_\_\_\_\_

di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento ovvero di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da un impiego statale, ai sensi dell'art. 127, comma 1, lettera d), del D.P.R. 10.1.1957, n. 3: "Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato", ovvero di non aver subito la risoluzione del rapporto di impiego per motivi disciplinari, **ovvero**  di essere stato/a dichiarato/a decaduto/a dalla seguente Pubblica Amministrazione:



in data \_\_\_\_\_

- di essere in possesso del/dei seguente/i titolo/i di studio:  
(*indicare descrizione titolo, votazione, istituzione, luogo e giorno/mese/anno di conseguimento*)

- di essere in possesso della/delle seguente/i specializzazione/i post-laurea:  
(*indicare descrizione titolo, votazione, istituzione, luogo e giorno/mese/anno di conseguimento*)

- che la famiglia convivente del/della dichiarante si compone di:  
(*indicare cognome, nome, relazione di parentela, luogo di nascita, data di nascita e Codice Fiscale*)

#### **SEZIONE 1/6 – ACCETTAZIONE DI TRASFERIMENTO PER SCAMBIO CONTESTUALE**

di accettare il trasferimento presso l'Università di Parma con la qualifica di:

- Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Prima Fascia
- Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Seconda Fascia
- Ricercatore/trice Universitario/a Confermato/a

settore concorsuale \_\_\_\_\_

settore scientifico-disciplinare \_\_\_\_\_

con afferenza al Dipartimento di \_\_\_\_\_

a seguito di scambio contestuale, ai sensi dell'art.7, comma 3, della Legge 30.12.2010, n. 240.

#### **SEZIONE 2/6 – DICHIARAZIONE DI NON PARENTELA/AFFINITÀ**

in relazione alla propria domanda di partecipazione alla summenzionata procedura selettiva di chiamata, ai sensi dell'art. 18, comma 1, della Legge n. 240/2010, nonché in riferimento a quanto previsto dal bando, di cui alla medesima procedura:



**di non avere** un grado di parentela o affinità entro il quarto grado compreso, con una professoressa/un professore appartenente al Dipartimento che richiede la attivazione del posto o alla struttura che effettua la chiamata ovvero con il Rettore, con il Direttore Generale o un/una componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo.

**di avere** un grado di parentela o affinità entro il quarto grado compreso, con una professoressa/un professore appartenente al Dipartimento che richiede la attivazione del posto o alla struttura che effettua la chiamata ovvero con il Rettore, con il Direttore Generale o un/una componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo.

### SEZIONE 3/6 – OPZIONE PER IL NUOVO IMPIEGO

di non ricoprire altri impieghi alle dipendenze dello Stato, delle Province, dei Comuni o di altri Enti pubblici o privati, all'infuori del seguente: \_\_\_\_\_

presso (*indicare nel dettaglio*): \_\_\_\_\_

e si impegna, fin da ora, ad optare per il nuovo impiego di:

- Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Prima Fascia  
 Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Seconda Fascia  
 Ricercatore/trice Universitario/a Confermato/a

presso l'Università di Parma, di cui sopra, a decorrere dalla data di effettiva assunzione in servizio.

### SEZIONE 4/6 – OPZIONE REGIME DI IMPEGNO

#### **a) ad eccezione di coloro che afferiscono al Dipartimento di Medicina e Chirurgia con attività in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale**

di optare, ai sensi dell'art. 6 della Legge 30.12.2010, n. 240, nella qualifica di:

- Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Prima Fascia  
 Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Seconda Fascia  
 Ricercatore/trice Universitario/a Confermato/a

a far tempo dall'anno accademico \_\_\_\_\_, con decorrenza dalla data di effettiva assunzione in servizio, per un regime di impegno:

a tempo PIENO  a tempo DEFINITO

di non essere iscritto/a ad alcun Albo di Ordine Professionale;

di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine Professionale:

Provinciale  Regionale  Nazionale

(indicare l'Ordine Professionale)

con sede in (*comune, provincia*) \_\_\_\_\_

indirizzo (*via, n. civico, CAP*) \_\_\_\_\_

a far tempo dal (*giorno/mese/anno*) \_\_\_\_\_ n. di iscrizione \_\_\_\_\_

#### **b) per le Professoressa e i Professori afferenti al Dipartimento di Medicina con attività in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale**

di optare nella qualifica di:



- Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Prima Fascia  
 Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Seconda Fascia  
 Ricercatore/trice Universitario/a Confermato/a

a far tempo dall'anno accademico \_\_\_\_\_, con decorrenza dalla data di effettiva assunzione in servizio, per un regime di impegno a tempo PIENO, ai sensi dell'art. 6 della Legge 30.12.2010, n. 240, nonché per lo svolgimento di attività assistenziale INTRAMURARIA, ai sensi del Decreto Legislativo 21.12.1999, n. 517 e del Decreto-Legge 29.3.2004, n. 81, convertito, con modificazioni, nella Legge 26.5.2004, n. 138;

- di optare nella qualifica di:  
 Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Prima Fascia  
 Professore/ssa Universitario/a di ruolo di Seconda Fascia  
 Ricercatore/trice Universitario/a Confermato/a

a far tempo dall'anno accademico \_\_\_\_\_, con decorrenza dalla data di effettiva assunzione in servizio, per un regime di impegno a tempo DEFINITO, ai sensi dell'art. 6 della Legge 30.12.2010, n. 240, nonché per lo svolgimento di attività libero professionale EXTRAMURARIA, ai sensi del Decreto Legislativo 21.12.1999, n. 517 e del Decreto-Legge 29.3.2004, n. 81, convertito, con modificazioni, nella Legge 26.5.2004, n. 13;

- di non essere iscritto/a ad alcun Albo di Ordine Professionale;  
 di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine Professionale:  
 Provinciale                       Regionale                       Nazionale

\_\_\_\_\_ (indicare l'Ordine Professionale)

con sede in (comune, provincia) \_\_\_\_\_  
indirizzo (via, n. civico, CAP) \_\_\_\_\_  
a far tempo dal (giorno/mese/anno) \_\_\_\_\_ n. di iscrizione \_\_\_\_\_

**SEZIONE 5/6 – DICHIARAZIONE PER L'AMMISSIONE AL PAGAMENTO DEGLI EMOLUMENTI  
(dati riferiti al giorno antecedente la presa di servizio)**

- di non aver prestato servizio presso altra Pubblica Amministrazione;  
 di aver prestato servizio presso altra Pubblica Amministrazione, con rapporto di lavoro subordinato in qualità di:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
presso (specificare): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- di voler delegare questa Amministrazione ad accreditare in via continuativa gli emolumenti spettanti sul:

- conto corrente bancario                       conto banco posta

Intestato, e/o cointestato, al/alla dichiarante \_\_\_\_\_

Presso la banca/ufficio postale \_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ )

