**ALLEGATO 2 – Bando Adr -** *"****Attività di laboratorio relative al progetto ASI SDLR (Space Debris Laser Ranging) e sua implementazione presso la Stazione ASI di Matera*”**

**FAC-SIMILE (ONLY FOR EU CITIZENS)**

***(barrare accanto alla dichiarazione che interessa)***

**⃞ DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (**Art.. 46 D.P.R. n. 445/2000)

**⃞** **DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL’ATTO DI NOTORIETÀ** (Art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a:

COGNOME………………………………………………………………………….

(per le donne coniugate indicare il cognome da nubile)

NOME………………………………………………CODICE FISCALE ………………………….

NATO/A A……………………………………………....(PROVINCIA ……………) IL………………

RESIDENTE A………………………………………….(PROVINCIA …….)

INDIRIZZO……………………………………………………………………C.A.P.…………..

TELEFONO…………..……….……………………………………,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di dichiarazioni false e mendaci rese ai sensi dell’art. 76 del medesimo D.P.R.:

1. di essere in possesso del seguente titolo di studio, richiesto quale titolo di ammissione alla procedura:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(**Nel caso in cui il titolo non sia stato conseguito in Italia e non sia stato dichiarato equipollente ai sensi della vigente normativa italiana**), di avere sostenuto i seguenti esami, con la eventuale relativa valutazione e che la durata legale del corso è di anni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di essere in possesso dei titoli e di avere le esperienze/conoscenze indicate nel curriculum allegato;
2. di non essere titolare di altre borse di studio, assegni di ricerca, contratti di ricerca conferiti a qualsiasi titolo

oppure

 di essere stato titolare borse di studio/ assegni di ricerca/ contratti di ricerca conferiti a qualsiasi titolo presso l’Ente/Università/Istituto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + 1. dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		2. dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, di essere informato, che i dati personali forniti saranno trattati nel rispetto del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 come modificato dal “Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la Direttiva 95/46/CE” (“Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati”), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Allego fotocopia non autenticata di valido documento di identità.

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

 Il dichiarante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_