TOR VERGATA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

Facolta di
Medicina e Chirurgia

AVVISO

SUPPLENZA GRATUITA PER INCARICO DI INSEGNAMENTO
a.a. 2025/2026

Ai sensi dell'art. 23, comma 2 della legge n. 240 del 2010 e dell'art. 6 del Regolamento per il conferimento degli incarichi di docenza, approvato con D.R. n. 315 dell'11.2.2021, si intende coprire mediante Supplenza a titolo Gratuito, per l'a.a. 2025/2026, per le esigenze della Scuola di Specializzazione in ORTOGNATODONZIA, i seguenti insegnamenti:

Insegnamento: ANCORAGGIO SCHELETRICO a SUPPORTO della TERAPIA ORTODONTICA
Ssd: MEDS-16/A
Ore 10

Possono presentare domanda i professori di ruolo di I e II fascia, i ricercatori di ruolo e a tempo determinato e tutte le figure ad essi equiparate, in servizio presso altri Atenei.

SCADENZA

La domanda di partecipazione alla selezione deve essere redatta in carta semplice come da prospetto allegato MODELLO A e deve pervenire a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, per motivi di urgenza entro il 6° **giorno** successivo alla data di pubblicazione del presente avviso. La domanda può altresì essere consegnata a mano presso la Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma "Tor Vergata", via Montpellier, 1 – 00133 Roma.
La domanda va' corredata dall'Allegato A, allegato, e dal curriculum vitae.

PUBBLICITÀ:
Il presente Avviso e l'esito della valutazione saranno pubblicati sul sito della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Data Pubblicazione 25/07/2025
Termine presentazione domanda 31 /07/ 2025

Il Preside
Prof. Stefano Marini

MODELLO A
(da compilare in carta semplice)

Al **Preside della Facoltà**
di Medicina e Chirurgia
Via Montpellier 1
00133 ROMA

OGGETTO: Domanda di selezione per il conferimento, mediante Supplenza a titolo Gratuito, per l'insegnamento di "……" per le esigenze della Scuola di Specializzazione in ORTOGNATODONZIA, per l'A.A 2025/2026.

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato/a a_____(provincia di _____) il _____,

cittadinanza _____ residente in _____ (___)

via _____n. _____ C.A.P. _____ cell. _____.

codice fiscale _____ qualifica universitaria _____

e-mail _____

CHIEDE

- di essere ammesso a partecipare alla procedura pubblica di cui all'Avviso in oggetto per il seguente insegnamento:

"……"

Data _____

FIRMA _____

L'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", in qualità di Titolare del trattamento, tratterà i dati personali di cui è in possesso ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 ("GDPR"), del D. Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs. 101/2018 ("Codice della Privacy"), di ulteriore normativa di settore e nel rispetto dei provvedimenti del Garante per la Protezione dei Dati Personali. L' informativa denominata *"Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR") per il trattamento dei dati personali del personale universitario* è reperibile al link http://utov.it/s/privacy.

Allegato "A"

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....
cognome e nome (per le donne indicare il cognome da nubile)

nato/a a . . . . . provincia . . . . . il ___/___/_____

di cittadinanza . . . . . , residente a . . . . . provincia. . . . .,

via . . . . . c. a. p. . . . . .

telefono . . . . . codice fiscale . . . . . .

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

D I C H I A R A

che i documenti allegati in copia alla presente sono conformi all'originale in suo possesso.

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega fotocopia del documento d'identità.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data . . . . . .

Il dichiarante

. . . . . .
(firma per esteso e leggibile)