

ALLEGATO 2\_DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**AL RESPONSABILE SCIENTIFICO DEL PROGETTO DI RICERCA  
PROF. FRANCESCO BOTRÈ  
LABORATORIO ANTIDOPING FMSI  
SEGRETERIA.LAB@CERT.FMSI.IT**

**BANDO DI SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO DI DUE INCARICHI DI  
COLLABORAZIONE SCIENTIFICA NELL'AMBITO DEL PROGETTO DI RICERCA DAL TITOLO  
"INTERAZIONI FARMACO-FARMACO E POLIMORFISMI GENETICI:  
STUDIO DELLA LORO RILEVANZA IN AMBITO ANTIDOPING"**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Codice Fiscale

\_\_\_\_\_ e residente in

\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_ email

\_\_\_\_\_ chiede di poter partecipare alla selezione

pubblica per il conferimento di due incarichi di collaborazione scientifica nell'ambito del progetto di ricerca

svolto dal Laboratorio Antidoping FMSI e finanziato dal Ministero della Salute, Sezione per la Vigilanza ed il

Controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive del Comitato Tecnico Sanitario (SVD).

A tal fine, ai sensi degli art7. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti ai sensi dell'art. 76 del medesimo D.P.R. n.445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

1) di essere cittadino \_\_\_\_\_

2) di essere in possesso dei requisiti previsti dal bando e, in particolare, di essere in possesso dei seguenti titoli (indicare ciascun titolo completo di tutti gli estremi identificativi e il punteggio dei titoli di studio posseduti):

---

---

---

---

---

ALLEGATO 2 DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

---

---

3) di aver maturato esperienza pregressa nello svolgimento di progetti analoghi presso:

---

---

---

---

---

---

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda:

- Curriculum Vitae di dettaglio;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio

Il/La sottoscritto/a, infine, unisce alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Luogo, data

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Il/la dichiarante

---

(firma per esteso leggibile)