

MODULO DI ACCETTAZIONE/RINUNCIA

**Bando di mobilità Laurea Doppio Titolo del Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze Politiche,
Economiche e Sociali – a.a. 2026/2027**

Il/La sottoscritto/a: _____

Nome

Cognome

come identificata/o nella domanda di adesione al Bando pubblicato in data 15/07/2026, rep. num.
74/2026,

DICHIARA

☐ di accettare la

☐ di rinunciare alla

**borsa di studio riservata alle studentesse e agli studenti della Laurea Doppio Titolo del Dipartimento
di Giurisprudenza e Scienze Politiche, Economiche e Sociali– a.a. 2026/2027**

o in caso di idonea/o non vincitrice/vincitore

DICHIARA

☐ di accettare la

☐ di rinunciare alla

**mobilità e di effettuare l'esperienza con oneri a proprio carico potendo acquisire comunque il doppio
titolo, fatte salve le valutazioni di merito di competenza della Commissione Didattica del Corso di
Studio.**

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

DICHIARA

1. di risiedere a _____, via _____, n. _____,
Tel. _____
2. di essere in possesso della cittadinanza _____ / di regolare permesso
di soggiorno numero _____ con scadenza il _____;
3. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
4. di non aver riportato condanne penali;
5. di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a da precedenti impieghi presso pubbliche
amministrazioni;
6. di eleggere domicilio in _____, via _____,
n. _____, Tel. _____ (se diverso dalla residenza);

7. di accettare, senza riserve, le condizioni e le clausole riportate nel bando;

8. di non incorrere nelle incompatibilità previste dal bando di concorso;

9. di trovarsi nella seguente posizione:

☐ iscritto/a alla Cassa Gestione Separata presso l'Inps come:

☐ collaboratore

☐ lavoratore autonomo

☐ iscritto/a ad altra forma previdenziale obbligatoria (es.: INPS ditta commerciale/
artigiana/INPDAP/INPGI/altro) _____

per l'esercizio dell'attività di _____

☐ non iscritto/a presso alcuna Cassa di Previdenza

Data _____

Firma _____