

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Solo per Professori Ordinari, Associati, Aggregati e Ricercatori indicare il Settore Scientifico Disciplinare (SSD) di appartenenza  
 Dipartimento di \_\_\_\_\_

Dipendente Universitario [SI] – [NO]

CHIEDE

Il conferimento della/e seguente/i supplenza/e relativa/e al C.d.S. in **Fisioterapia – Canale Caltagirone** (indicare l'insegnamento richiesto barrando una o più caselle)

Anno	Sem.	Corso Integrato-Insegnamenti / Disciplina-Modulo	SSD	CFU
2	I	<b>C.I. Metodi Quantitativi</b>		
		<input type="checkbox"/> Statistica medica	MED/01	2
		<input type="checkbox"/> Informatica	INF/01	1
		<input type="checkbox"/> Sistemi di elaborazione delle informazioni	ING-INF/05	1
	<input type="checkbox"/> Bioingegneria elettronica e informatica	ING-INF/06	1	
	I	<b>C.I. Patologia Apparato Locomotore e Riabilitazione</b>		
		<input type="checkbox"/> Malattie apparato locomotore	MED/33	2
		<input type="checkbox"/> Fisioterapia nelle malattie apparato locomotore	MED/48	2
	<input type="checkbox"/> Diagnosi per immagini e radioterapia	MED/36	1	
I	<b>C.I. Neuroscienze</b>			
	<input type="checkbox"/> Tecniche di neurofisiologia clinica	MED/48	1	
	<input type="checkbox"/> Fisioterapia in neuroriabilitazione	MED/48	2	
<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	MED/27	1		
2	II	<b>C.I. Medicina dello Sviluppo e Riabilitazione</b>		
		<input type="checkbox"/> Pediatria generale e specialistica	MED/38	1
		<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile	MED/39	1
	<input type="checkbox"/> Fisioterapia in età evolutiva	MED/48	1	
	II	<b>C.I. Riabilitazione Cardio Respiratoria</b>		
		<input type="checkbox"/> Malattie apparato respiratorio	MED/10	1
	<input type="checkbox"/> Fisioterapia cardio-respiratoria	MED/48	1	
	II	<b>C.I. Medicina Specialistica Appl. alla Riabilitazione</b>		
		<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	MED/12	1
		<input type="checkbox"/> Nefrologia	MED/14	1
<input type="checkbox"/> Scienze della fisioterapia	MED/48	1		
II	<b>C.I. Lingua Inglese</b>			
	<input type="checkbox"/> Lingua Inglese	L-LIN/12	2	
3	I	<b>C.I. Primo Soccorso</b>		
		<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	MED/18	1
		<input type="checkbox"/> Medicina interna	MED/09	1
		<input type="checkbox"/> Anestesiologia	MED/41	1
	<input type="checkbox"/> Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche	MED/45	1	
	I	<b>C.I. Riabilitazione in Età Geriatrica</b>		
		<input type="checkbox"/> Medicina interna	MED/09	1
		<input type="checkbox"/> Neurologia	MED/26	1
		<input type="checkbox"/> Malattie apparato locomotore	MED/33	1
		<input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitativa	MED/34	1
	<input type="checkbox"/> Scienze della fisioterapia	MED/48	1	
	I	<b>C.I. Riabilitazione Neuropsicologica</b>		
		<input type="checkbox"/> Psichiatria	MED/25	1
		<input type="checkbox"/> Scienze tecniche mediche e applicate	MED/50	1
		<input type="checkbox"/> Psicologia clinica	M-PSI/08	1

3	II	<b>C.I. Discipline Chirurgiche e Riabilitazione</b>			
		<input type="checkbox"/>	Chirurgia generale	MED/18	1
		<input type="checkbox"/>	Chirurgia plastica	MED/19	1
		<input type="checkbox"/>	Malattie odontostomatologiche	MED/28	1
		<input type="checkbox"/>	Chirurgia maxillofacciale	MED/29	1
		<input type="checkbox"/>	Medicina fisica e riabilitativa	MED/34	1
		<input type="checkbox"/>	Scienze della fisioterapia	MED/48	1
		<b>C.I. Management e Prevenzione in Area Sanitaria</b>			
		<input type="checkbox"/>	Istituzioni di diritto pubblico	IUS/09	1
		<input type="checkbox"/>	Organizzazione aziendale	SECS-P/10	1
		<input type="checkbox"/>	Scienze della fisioterapia	MED/48	1
		<input type="checkbox"/>	Igiene generale e applicata	MED/42	1
		<input type="checkbox"/>	Medicina legale	MED/43	1
		<input type="checkbox"/>	Medicina del lavoro	MED/44	1

Inoltre, ai fini del conferimento della supplenza, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del citato decreto e dalle leggi speciali in materia, consapevole altresì che in caso di dichiarazione mendace saranno revocati i benefici concessi:

#### DICHIARA

Carico didattico eventualmente già assegnato per l'a.a. \_\_\_\_\_:

- a) insegnamento di \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_ Corso di Laurea \_\_\_\_\_  
b) insegnamento di \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_ Corso di Laurea \_\_\_\_\_  
c) insegnamento di \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_ Corso di Laurea \_\_\_\_\_

Categoria di appartenenza:

1. Professori ordinari e straordinari [...];
2. Professori associati [...];
3. Professori Aggregati e Ricercatori [...];
4. Tecnici laureati con i requisiti previsti dall'art. 50 del d.p.r.n.382/80 e succ. mod [...];
5. Collaboratori e funzionari tecnici che svolgono funzioni assistenziali, con laurea in medicina e chirurgia o in odontoiatria e protesi dentaria in servizio al 31.10.1992 (d.l. nn. 502/92 art.6 e 370/99 art.8) [...];
6. Dirigenti ospedalieri in servizio a tempo indeterminato presso la sede principale in cui si svolgono i corsi (AOU G. Martino – Messina) o presso la sede in cui si svolgono i corsi in convenzione:
  - dirigente medico [...]
  - dirigente biologo [...]
  - dirigente fisico [...]
  - dirigente chimico [...]
  - dirigente psicologo [...]
altra categoria di dirigente ospedaliero [...]: \_\_\_\_\_ (indicare la categoria)  
esatta denominazione dell'ente presso cui presta servizio e della qualifica ricoperta dall'istante  
\_\_\_\_\_
7. Personale del ruolo sanitario, in servizio a tempo indeterminato presso la sede principale in cui si svolgono i corsi (AOU G. Martino – Messina) o presso la sede in cui si svolgono i corsi in convenzione, appartenente alle professioni sanitarie ed in possesso di adeguate esperienze didattiche, scientifiche e professionali inerenti compiti didattici relativi ai SSD da MED 45 a MED 50 (soltanto per gli insegnamenti con SSD da MED/45 a MED/50) [...]  
Esatta denominazione dell'ente presso cui presta servizio e della qualifica ricoperta dall'istante  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(data)

**N.B. Allegare curriculum (max 3 pagine) e una fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.**