Al Direttore del Dipartimento di Scienze Biomediche e
delle Immagini Morfologiche e Funzionali
Università degli Studi di Messina
c/o AOU Policlinico"G. Martino"
Pad. G Piano I°
Gazzi Messina

Il/Lasottoscritto/a_____
_____

nato a _____il_____**residente in**
_____

Via _____
Tel._____

Settore Scientifico Disciplinare di appartenenza (solo per Professori Ordinari, Associati, Aggregati e Ricercatori) _____

CHIEDE

Il conferimento della supplenza dell'insegnamento di_____

SSD_____Corso Integrato_____

_____ anno_____ semestre_____ Presso il

Corso di Laurea in

Il sottoscritto dichiara la propria disponibilità a svolgere la suddetta supplenza a titolo gratuito.

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 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 in cui si svolgono i corsi, (AOU G. Martino):

dirigente medico […]
dirigente biologo […]
dirigente fisico […]
dirigente chimico […]
dirigente psicologo […]
altra categoria di dirigente ospedaliero […]: …….. (indicare la categoria);

7) Personale del ruolo sanitario, in servizio a tempo indeterminato presso la sede in cui si svolgono i corsi, 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) […]

_____

(Firma)

_____

(data) *N.B. Compilare un modulo ed allegare un curriculum per **ogni** insegnamento richiesto*