Messina, _____

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 a_____**

in Via _____

Tel._____

Qualifica di appartenenza:_____

SSD:_____

CHIEDE

Il conferimento della supplenza dell'insegnamento di:
_____

SSD_____ anno_____

presso la Scuola di Specializzazione in Medicina Nucleare.

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:

_____

(Firma)