**ALLEGATO B (Personale interno)**

 **Alla Prof. Enza Maria Galati, Direttore del Master**

 **“Farmacia clinica: compounding oncologico”**

Il/La sottoscritto/a………………………………………………… nato/a……………….. ……

Prov (………) il .................................................... e residente a............................................. (Prov…...)

Via n

e-mail.... ...............recapito telefonico

CHIEDE

di poter partecipare alla procedura di valutazione comparativa per l'incarico di docenza per l'insegnamento del/i modulo/i……………………………………………........nell'ambito della II edizione del Master Universitario di II livello “**Farmacia clinica: compounding oncologico”** anno accademico 2015/2016.

A tal fine il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, avvalendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle responsabilità civili e penali per le dichiarazioni non veritiere, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

1. che quanto dichiarato nel curriculum corrisponde al vero;
2. di aver preso integrale visione dell'avviso di selezione e di accettarne termini e condizioni.

ALLEGA ALLA PRESENTE

* Curriculum vitae in formato europeo, firmato e datato;
* Fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità debitamente firmata;
* Eventuale documentazione utile alla valutazione.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinchè i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del d.lgs. 196/03, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Luogo

Data

 Firma