

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Via _____ Matricola _____

Tel _____ e-mail _____

CF _____

SSD _____ Dipartimento di _____

Università di _____

Categoria di appartenenza:

- Professore Ordinario/Straordinario
 Professore Associato
 Professore Aggregato/Ricercatore
 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

CHIEDEIl conferimento, **a titolo gratuito** e per l'A.A. 2017/2018, del seguente insegnamento:

Corso di Studio _____ Canale _____

Attività Didattica _____

Unità Didattica _____

SSD _____ Anno _____ Semestre _____ CFU _____ Ore _____

Il/La sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità a svolgere la suddetta supplenza o contratto a titolo gratuito.

Inoltre, ai fini del conferimento dell'insegnamento ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle responsabilità civili e 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. 2017/18:

- a) insegnamento di _____ CFU _____ CdS _____
b) insegnamento di _____ CFU _____ CdS _____
c) insegnamento di _____ CFU _____ CdS _____

Allega:

- Curriculum vitae sottoscritto ed elenco dei titoli scientifici;
- Fotocopia del documento di identità in corso di validità.

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

Data, _____

Firma _____

*N.B. Compilare una domanda ed allegare la documentazione per **ogni** insegnamento richiesto (pena l'esclusione dalla selezione)*