

**Al Coordinatore della Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera
dell'Università di Messina**

__ I __ sottoscritt __ _____,
nat __ a _____ (Prov. ____) il _____
e residente a _____ (Prov. _____)
c.a.p. _____ via _____ n. _____
codice fiscale _____ e-mail _____

Recapito telefonico:

Abitazione _____ Cellulare _____

Recapito eletto (se diverso dalla residenza) _____

CHIEDE

di poter partecipare alla selezione pubblica per titoli per il conferimento, **a titolo gratuito**,
dell'incarico di docenza relativo all'insegnamento:

N. Modulo	Titolo del Modulo	SSD	Ore	CFU

nell'ambito delle attività didattiche del I° anno della Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, A.A. 2015/2016,

DICHIARA

di avere qualifica di _____ presso **l'Università degli Studi di Messina**
con il ruolo giuridico di _____ SSD (o affine) _____

di avere qualifica di _____ presso l'Università degli Studi di _____
con il ruolo giuridico di _____ SSD (o affine) _____

A tal riguardo il/la sottoscritt ____, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole che le falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi in materia (art. 76 DPR 28 dicembre 2000 n° 445),

DICHIARA

- 1) che quanto dichiarato nel curriculum allegato corrisponde al vero;
- 2) di impegnarsi a comunicare tempestivamente i cambiamenti di residenza o recapito;
- 3) di aver preso integrale visione dell'avviso di selezione e di accettarne termini e condizioni;
- 4) che in caso di attribuzione, detto insegnamento sarà ricoperto a titolo gratuito;

- 5) di non avere parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di Scienze Chimiche, Biologiche, Farmaceutiche e Ambientali, ovvero con il Rettore, il Direttore generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo.

Allego alla presente:

- curriculum vitae;
- eventuale ulteriore documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione (specificare),

o _____;

o _____;

o _____;

o _____;

o _____;

o _____;

- nulla osta della struttura di appartenenza (in caso di personale di altri Atenei);
- fotocopia documento di riconoscimento.

__l__ sottoscritt__ 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.

(luogo e data)

(firma)