

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente  
in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

SSD \_\_\_\_\_ Dipartimento  
di \_\_\_\_\_

Struttura di  
appartenenza \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Il conferimento, a titolo oneroso o all'interno del carico didattico istituzionale per l'A.A. 2019/2020, del seguente contratto del Master di I livello in *Infermieri/ferristi di sala operatoria per la chirurgia mininvasiva e robotica - II Edizione*

Modulo \_\_\_\_\_

Unità Didattica \_\_\_\_\_

SSD \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_.

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

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. 2019/20:

a) insegnamento di \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_ CdS \_\_\_\_\_

b) insegnamento di \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_ CdS \_\_\_\_\_

c) insegnamento di \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_ CdS \_\_\_\_\_

Allega:

- Curriculum vitae sottoscritto;
- Attività didattica già maturata in ambito accademico;
- Elenco dei titoli scientifici;
- Eventuali pubblicazioni;
- 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