

**Al Direttore del Dipartimento di Scienze Biomediche,  
Odontoiatriche e delle Immagini Morfologiche e  
Funzionali  
Università degli Studi di Messina**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_  
SSD \_\_\_\_\_ Università \_\_\_\_\_  
STRUTTURA DI PROVENIENZA \_\_\_\_\_

**Categoria di appartenenza**

- Professori ordinari/straordinari;
- Professori associati;
- Professori aggregati/ricercatori;
- Tecnici laureati con i requisiti previsti dall'art. 50 del d.p.r. n. 382/80 e succ. mod.;
- Lettori/Collaboratori ed esperti linguistici;

**CHIEDE**

Il conferimento, a titolo gratuito, per l'anno accademico 2019/2020 della supplenza

Corso di Studio \_\_\_\_\_  
Unità Didattica \_\_\_\_\_  
SSD \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_

**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

**DICHIARA**

Carico didattico eventualmente già assegnato per l'anno accademico 2018/2019:

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.

\_\_\_\_\_  
**( Firma )**

---

**(data)**

*N.B.*

*Compilare il modulo ed allegare un curriculum per ogni insegnamento richiesto*