

**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