

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

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

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

**Categoria di appartenenza:**

- Professore Ordinario/Straordinario
- Professore Associato
- Professore Aggregato/Ricercatore
- Tecnico laureati con i requisiti previsti dall'art. 50 del d.p.r. n. 382/80 e succ. mod
- Lettori/Collaboratori ed esperti linguistici
- Collaboratore e funzionario tecnico con Laurea in Medicina e Chirurgia o in Odontoiatria e Protesi Dentaria in servizio al 31.10.1992 (d.l. nn. 502/92 art.6 e 370/99 art.8)
- Dirigente dell'area sanitaria, in servizio a tempo indeterminato presso la sede in cui si svolgono i corsi (A.O.U. Policlinico "G. Martino"), specificare la categoria \_\_\_\_\_
- 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 (*soltanto per gli insegnamenti con SSD da MED/45 a MED/50*)

**CHIEDE**Il conferimento, a **titolo gratuito** e per l'A.A. 2018/2019, della seguente supplenza o contratto:

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. 2018/19:

- 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 \_\_\_\_\_

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