|  |
| --- |
| ALLEGATO 1a |

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA**

**DIPARTIMENTI DI AREA MEDICA**

**Modello richiesta affidamento insegnamenti per le scuole di specializzazione autonome**

Personale Universitario proveniente dall’Ateneo di Foggia e da altri Atenei

*Al Preside della Facoltà*

*di Medicina*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avendo preso visione dell’Avviso di selezione prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_, rep. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*chiede di ricoprire, per l’a.a. 2021/2022, l’insegnamento di:*

nome insegnamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

anno accademico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Il sottoscritto dichiara, quindi, di essere in servizio presso:*

|  |
| --- |
| * Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dipartimento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Qualifica:  Prof. Ordinario  Prof. Associato  Ricercatore  Settore scientifico disciplinare di inquadramento  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Le comunicazioni riguardanti la presente procedura selettiva devono essere inviate al seguente indirizzo (indicare solo se diverso dall’indirizzo di residenza):

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Si allegano il curriculum dell’attività didattica, scientifica e professionale e altri titoli, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e documento di riconoscimento in corso di validità, in conformità a quanto previsto dall’art. 3 dell’Avviso di vacanza.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma

(luogo) (data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

(Art. 47 e art. 38, comma 3 del D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto/a **,**

nato/a a il ,

residente nel Comune di ,

Via n.

* consapevole che in caso di dichiarazione mendace è perseguibile a norma del Codice Penale e decade dal beneficio conseguito in base al provvedimento richiesto (artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000);
* informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

d i c h i a r o

la veridicità di quanto dichiarato nel curriculum vitae allegato alla presente.

**IL/LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_