UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA
DIPARTIMENTI DI AREA MEDICA
MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI PER LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE AUTONOME
Personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

*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. 2022/2023 l'insegnamento di:

nome insegnamento: _____

anno accademico: _____

Scuola di Specializzazione in _____

Il sottoscritto dichiara di essere in servizio presso:

Azienda/Istituto/Ente _____
Unità Operativa _____
Qualifica: ☐ Direttore di Struttura Complessa ☐ Responsabile di Struttura Semplice ☐ Dirigente con incarico di alta specializzazione ☐ Dirigente con meno di 5 anni di anzianità di servizio
Altro (specificare la qualifica professionale di comparto) _____

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 _____

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'eventuale affidamento dell'incarico è subordinato all'ottenimento della prescritta autorizzazione dell'Ente di appartenenza.

Si allega la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa ai titoli posseduti e documento di riconoscimento in corso di validità, in conformità a quanto previsto dall'art. 3 dell'Avviso di vacanza.

_____, _____
(luogo) (data)

firma

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 a

- di possedere il Diploma di Laurea in _____ conseguito il _____ presso _____

- di possedere i seguenti ulteriori titoli di studio valutabili ai fini della selezione:

- diploma di specializzazione medica in _____ conseguito il _____ presso _____

- master universitario di I/II livello in _____ conseguito il _____ presso _____

- corso di perfezionamento universitario in _____ conseguito il _____ presso _____

- assegno di ricerca in _____ conseguito il _____ presso _____

- dottorato di ricerca in _____ conseguito il _____ presso _____

- di possedere le seguenti esperienze professionali attinenti alla disciplina oggetto della selezione:

- di aver svolto la seguente attività scientifica nell'ambito del settore scientifico – disciplinare dell'insegnamento:

Pubblicazioni a stampa con impact factor attinenti ai contenuti dell'insegnamento richiesto:

Pubblicazioni a stampa senza impact factor attinenti ai contenuti dell'insegnamento richiesto a stampa

Abstract su rivista attinenti ai contenuti dell'insegnamento richiesto con impact factor

Abstract su rivista attinenti ai contenuti dell'insegnamento richiesto senza impact factor

- di avere svolto le seguenti attività didattiche e di docenza di livello universitario con particolare riferimento a quelli ricoperti nell'ambito del medesimo settore scientifico disciplinare di afferenza della disciplina oggetto della selezione o settore affine:

- di possedere i seguenti titoli di cultore della materia:

IL/LA DICHIARANTE

_____, li _____