

ALLEGATO 1b

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA
FACOLTÀ DI MEDICINA
MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI PER LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE
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. 2023/2024 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 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.

(luogo)

(data)

firma

Autorizzo l'Università degli Studi di Foggia al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dalla specifica informativa per il trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679) nell'ambito del procedimento relativo alla procedura selettiva pubblica finalizzata all'affidamento a titolo gratuito degli insegnamenti vacanti per le Scuole di Specializzazione, allegata all'Avviso di vacanza e pubblicato sul sito web e all'Albo di Ateneo.

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 o

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

IL/LA DICHIARANTE

luogo)	(data)	firma
_____	_____	_____