

ALLEGATO 1b

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA
FACOLTA' 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
_____	_____	_____