

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA  
FACOLTA' DI MEDICINA  
MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI PER LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE  
Personale Universitario proveniente 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. 2023/2024, 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: <input type="checkbox"/> Prof. Ordinario <input type="checkbox"/> Prof. Associato <input type="checkbox"/> 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.*

(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 perseguitabile 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 \_\_\_\_\_