

Al Direttore della Scuola di
Specializzazione in Farmacia Ospedaliera
Università degli Studi "Aldo Moro"
Via E.Orabona, 4
70125 - BARI

OGGETTO: richiesta incarico di insegnamento – Anno Accademico 2018-2019

Avviso di vacanza del 07/01/2020

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____
nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ nr. _____
tel/cell. _____
codice fiscale _____
in servizio presso _____
con la qualifica di _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura di valutazione comparativa per l'affidamento, mediante contratto **a titolo gratuito**, delle seguenti attività didattiche della Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, per l'anno accademico **2018/2019**:

Insegnamento/attività didattica	anno	CFU	ore

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'avviso di vacanza della Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera del 07/01/2020 e di accettarne le disposizioni e le relative condizioni.

All'uopo allega i seguenti titoli scientifici e didattici :

- 1) Curriculum vitae et studiorum
- 2) Elenco pubblicazioni
- 3) Programma del corso
- 4) Copia della richiesta di nulla osta (se dovuto)

Bari,

(firma)
