

Al Direttore del Dipartimento di  
FARMACIA-SCIENZE DEL FARMACO  
Università degli Studi "Aldo Moro"  
Via E.Orabona, 4  
70124 - BARI

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

**Avviso di vacanza del \_\_\_\_\_**

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 oneroso**, del seguente insegnamento, per l'anno accademico **2018/2019**:

SSD	insegnamento	anno	sem	CFU	ore

Corso di studio	sede

**Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'avviso di vacanza del Dipartimento di Farmacia-Scienze del Farmaco del \_\_\_\_\_ 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)

\_\_\_\_\_