

ALLEGATO B

Al Direttore del Dipartimento di
FARMACIA-SCIENZE DEL FARMACO
Università degli Studi "Aldo Moro"
Via E.Orabona, 4
70125 - BARI

OGGETTO: richiesta incarico di insegnamento – Anno Accademico 2026/2027
Avviso di vacanza del 29/06/2026

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____
_____, nato a _____ il _____

☐ professore di I fascia ☐ professore straordinario ☐ professore di II fascia
☐ ricercatore a tempo indeterminato ☐ ricercatore a tempo determinato
☐ altro (specificare) _____

settore scientifico-disciplinare _____

Università di _____

in servizio presso il Dipartimento di _____

Visto l'avviso di vacanza del 29 Giugno 2026 di codesto Dipartimento, relativo alla copertura del seguente insegnamento, per l'anno accademico **2026/2027**:

SSD	insegnamento	anno	semestre	CFU	ore

Corso di studio	sede

CHIEDE

che gli sia conferito il suddetto insegnamento

☐ **a titolo gratuito**

☐ **a titolo oneroso** (solo se ricercatori universitari di ruolo)

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- che l'incarico rientra ☐ - non rientra ☐ nei limiti del proprio impegno orario;
- che gli è stato affidato per lo stesso anno accademico il seguente compito didattico istituzionale:

SSD	insegnamento	anno	sem.	CFU	ore

Corso di studio	sede

- di avere chiesto ☐ - avuto ☐ per lo stesso anno accademico il seguente affidamento/incarico:

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 29/06/2026 e di accettarne le disposizioni e le relative condizioni.

Gli interessati devono presentare apposita domanda per ciascuno degli insegnamenti per i quali intendono concorrere completa della documentazione necessaria.

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)
- 5) Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità

Luogo e data

.....

(firma)