

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO
MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI CORSI DI LAUREA TRIENNALI, MAGISTRALI A CICLO UNICO E MAGISTRALI BIENNALI

Al Presidente della Scuola di Medicina
 Università degli Studi di Bari Aldo Moro

Il sottoscritto _____ C.F. _____
 nato a _____ il _____ residente a _____
 via _____ tel _____ cell. _____
 e-mail _____

avendo preso visione del **Bando n° 1 di selezione pubblica**, per titoli, per il conferimento di incarichi di insegnamento CORSI DI LAUREA TRIENNALI, MAGISTRALI A CICLO UNICO E MAGISTRALI BIENNALI dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro del 27.01.2022 (**OTTAVO AVVISO A.A. 2021/2022**),

chiede di ricoprire per l'A.A. 2021/2022 l'insegnamento di:

Corso di Laurea _____ sede _____ nome insegnamento _____ Corso Integrato di _____ S.S.D. _____ anno di corso _____ semestre _____ ID insegnamento n° _____
--

Il sottoscritto dichiara, quindi, di essere in servizio presso:

<p>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera a) del Bando di vacanza:</p> <input type="checkbox"/> Università degli Studi di Bari Aldo Moro <input type="checkbox"/> Dipartimento di _____ <input type="checkbox"/> prof. ordinario <input type="checkbox"/> prof. associato S.S.D. _____ <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo gratuito <input type="checkbox"/> ricercatore <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo retribuitile <input type="checkbox"/> RTDA <input type="checkbox"/> RTDB <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo gratuito <input type="checkbox"/> Università di _____ Dipartimento _____ qualifica _____ <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo oneroso
<p>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera b) del Bando di vacanza:</p> <input type="checkbox"/> personale dipendente dell'Università di Bari Aldo Moro, del ruolo tecnico, in possesso di adeguati requisiti scientifici e professionali attinenti all'insegnamento bandito, che svolge funzioni assistenziali nell'ambito delle strutture sanitarie insistenti nel Dipartimento di afferenza Dipartimento di _____ Unità Operativa _____ <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo gratuito
<p>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera c) del Bando di vacanza:</p> <input type="checkbox"/> Ente pubblico o privato, compreso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con i quali l'Università di Bari abbia stipulato specifiche Convenzioni per la rete formativa della Scuola di Specializzazione per cui si presenta istanza Azienda/Istituto/Ente _____ sede _____ Qualifica: <input type="checkbox"/> Unità Operativa (se dipendente SSN) _____ Qualifica: _____ ↑ <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo gratuito
<p>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera d) del Bando di vacanza:</p> <input type="checkbox"/> soggetti in possesso di adeguati requisiti scientifici e professionali di cui al comma 2 dell'art. 23 della Legge 240/2010; <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo oneroso

(luogo) _____ (data) _____ firma _____