

**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° 10 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 28/06/2021 (**SECONDO AVVISO A.A. 2021/2022**),

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

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

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

<b>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera a) del Bando di vacanza:</b> <input type="checkbox"/> Università degli Studi di Bari Aldo Moro <input type="checkbox"/> Dipartimento di _____ <input type="checkbox"/> Università di _____ <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 gratuito <input type="checkbox"/> RTDA <input type="checkbox"/> RTDB <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo gratuito
<b>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera b) del Bando di vacanza:</b> <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
<b>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera c) del Bando di vacanza:</b> <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 _____ Unità Operativa (se dipendente SSN) _____ Qualifica: <input type="checkbox"/> Direttore di Struttura Complessa <input type="checkbox"/> Responsabile di Struttura Semplice† <input type="checkbox"/> Dirigente con incarico di alta specializzazione <input type="checkbox"/> †Altro _____ <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo gratuito

(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_