

**All'Amplissimo Presidente della Scuola di Medicina
Università degli Studi di Bari Aldo Moro**

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____ codice fiscale _____
residente in _____ via _____
tel. _____ cell. _____
e-mail _____

(è indispensabile indicare almeno un recapito telefonico ed un indirizzo e-mail)

in servizio presso:

Da compilare per i soggetti di cui alla lettera a) del Bando di vacanza:

- Università degli Studi di Bari Aldo Moro Dipartimento di _____
 Università di _____ Dipartimento di _____
 prof. ordinario prof. associato S.S.D. _____
 ricercatore assist. ordinario r.e.

Da compilare per i soggetti di cui alla lettera b) del Bando di vacanza:

- personale dipendente dell'Università di Bari, 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 nei Dipartimenti di afferenza

Dipartimento di afferenza _____
U.O. _____

Da compilare per i soggetti di cui alla lettera c) del Bando di vacanza:

- 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

Ente _____ sede _____
qualifica _____
U.O. (se dipendente SSN) _____

Da barrare per i soggetti di cui alla lettera d) del Bando di vacanza, solo per gli insegnamenti indicati nelle tabelle in Allegato B, da conferire a titolo oneroso:

- soggetto in possesso di adeguati requisiti scientifici e professionali, non ricompresi tra le figure indicate alle lettere a), b) e c), con il quale, in caso di conferimento, verrà stipulato un contratto a titolo oneroso, a gravare sui fondi della Scuola di Specializzazione pertinente.

avendo preso visione del Bando n° 11 di selezione pubblica, per titoli, per il conferimento di incarichi di insegnamento per le Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro, emanato dalla Scuola di Medicina in data 25/09/2018 (QUINTO AVVISO), chiede di ricoprire per l'A.A. 2016-2017, con le eccezioni riportate nel Bando di vacanza, l'insegnamento di seguito specificato:

Scuola di Specializzazione in _____
 V.O.D. (Allegato A) N.O.D. (Allegato B) ID insegnamento n° _____
insegnamento _____
S.S.D. _____ anno _____ modulo (se indicato) _____
tipologia attività: lezione professionalizzante
Ambito disciplinare _____

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che, in caso di attribuzione, detto insegnamento sarà ricoperto a titolo gratuito, come indicato nel Bando di vacanza, senza alcun onere per l'Università di Bari e senza diritto ad alcun tipo di rimborso, tranne che per le eccezioni riportate nel Bando.

Data _____ Firma _____

RISERVATO ALLA PRESIDENZA

Documenti allegati:

- Curriculum vitae
 Titoli scientifici
 Nulla osta della struttura di appartenenza
 Copia richiesta nulla osta della struttura di appartenenza

TIMBRO DI ARRIVO