

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO
MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI PER LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

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° 16 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, del 11/11/2019 (*TERZO AVVISO*),

chiede di ricoprire per l'A.A. 2017-2018 in corso l'insegnamento di:

nome insegnamento _____
S.S.D. _____ anno di corso _____
ID insegnamento n° _____ <input type="checkbox"/> N.O.D. (Allegato A) <input type="checkbox"/> V.O.D. (Allegato B)
tipologia attività: <input type="checkbox"/> lezione <input type="checkbox"/> professionalizzante
Ambito disciplinare _____
Scuola di Specializzazione in _____

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"/> Università di _____ <input type="checkbox"/> Dipartimento di _____ <input type="checkbox"/> prof. ordinario <input type="checkbox"/> prof. associato S.S.D. _____ <input type="checkbox"/> ricercatore <input type="checkbox"/> assist. ordinario r.e.
<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 _____
<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 _____ 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 _____ (specificare la qualifica professionale di comparto)

(luogo) _____ (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. Il sottoscritto dichiara altresì di essere consapevole che l'eventuale affidamento dell'incarico è subordinato all'ottenimento della prescritta autorizzazione dell'Ente di appartenenza.

(luogo) _____ (data) _____ firma _____

RISERVATO ALLA PRESIDENZA	
<p>DOCUMENTI ALLEGATI:</p> <input type="checkbox"/> Curriculum vitae <input type="checkbox"/> Titoli scientifici <input type="checkbox"/> Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà <input type="checkbox"/> copia documento di riconoscimento <input type="checkbox"/> Nulla osta della struttura di appartenenza <input type="checkbox"/> Copia richiesta nulla osta presentata alla struttura di appartenenza	TIMBRO DI ARRIVO