

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° 6 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 _____/04/2021 (**DECIMO AVVISO A.A. 2020/2021**),

chiede di ricoprire per l'A.A. 2020-2021 l'insegnamento di:

Corso di Laurea _____ nome insegnamento _____ Corso Integrato di _____ S.S.D. _____ anno di corso _____ semestre _____ sede _____ ID insegnamento n° _____ (Allegato A)

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

Da compilare per i soggetti di cui alla lettera a) del Bando di vacanza: <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"/> RTDA <input type="checkbox"/> RTDB <input type="checkbox"/> assist. ordinario r.e.
Da compilare per i soggetti di cui alla lettera b) del Bando di vacanza: <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 _____
Da compilare per i soggetti di cui alla lettera c) del Bando di vacanza: <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 _____ <p align="right">(specificare la qualifica professionale di comparto)</p>

(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 _____