

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° 7 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 _____/05/2021 (**UNDICESIMO 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:

Università degli Studi di Bari Aldo Moro Dipartimento di _____
 Università di _____ Dipartimento di _____
 prof. ordinario prof. associato S.S.D. _____
 ricercatore RTDA RTDB assist. ordinario r.e.
 incarico a titolo gratuito

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

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 _____
 incarico a titolo gratuito

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
 Azienda/Istituto/Ente _____ sede _____
 Unità Operativa (se dipendente SSN) _____
 Qualifica: Direttore di Struttura Complessa Responsabile di Struttura Semplice †
 Dirigente con incarico di alta specializzazione †† Altro _____
 incarico a titolo gratuito
 (specificare la qualifica professionale di comparto)

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

soggetti in possesso di adeguati requisiti scientifici e professionali di cui al comma 2 dell'art. 23 della Legge 240/2010;
 incarico a titolo oneroso

(luogo) _____ (data) _____ firma _____

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che, in caso di attribuzione, detto insegnamento sarà ricoperto a titolo gratuito (soggetti punto a,b,c) senza alcun onere per l'Università di Bari e senza diritto ad alcun tipo di rimborso e, a titolo oneroso (soggetti di cui al punto d). Il sottoscritto dichiara altresì di essere consapevole che l'eventuale affidamento dell'incarico è subordinato all'ottenimento della prescritta autorizzazione dell'Ente di appartenenza. (soggetti punto a,b,c)

(luogo) _____ (data) _____ firma _____