

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO
MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN MEDICINA
E CHIRURGIA IN LINGUA ITALIANA SEDE DI BARI E TARANTO E IN LINGUA INGLESE, SEDE DI BARI

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 **Decreto del Presidente della Scuola di Medicina n. 4 del 29.01.2024** relativo alla procedura **selettiva pubblica, per soli titoli, per il conferimento di incarichi di insegnamento per i Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia in lingua italiana sede di Bari e Taranto e in lingua inglese, sede di Bari afferente al Dipartimento Interdisciplinare di Medicina– Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Anno Accademico 2023/2024, (settimo avviso di vacanza).**

chiede di ricoprire per l'A.A. 2023/2024 l'insegnamento di:

Corso di Laurea _____ sede _____ nome insegnamento _____ Corso Integrato di _____ S.S.D. _____ anno di corso _____ semestre _____ CFU professionalizzanti _____ ID insegnamento n° _____

Il sottoscritto dichiara di essere in servizio presso:

Da compilare per i soggetti di cui al numero 1) del Bando di vacanza: <input type="checkbox"/> personale di Enti pubblici e privati, compreso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con i quali l'Università di Bari abbia stipulato specifiche convenzioni (art. 2 D.R n. 2674 del 05.06.2019); Azienda/Istituto/Ente _____ sede _____ Qualifica: _____ Unità Operativa (se dipendente SSN) _____ Qualifica: _____ <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo gratuito

(luogo) _____ (data) _____

firma _____