

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO  
MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI CORSI DI LAUREA INTERATENEO CON L'UNIVERSITA' DEL SALENTO IN SCIENZE MOTORIE E DELLO SPORT

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. 40 del 03.10.2022 relativo alla procedura selettiva pubblica, per soli titoli, per il conferimento di incarichi di insegnamento per il Corso di Laurea Interateneo con l'Università del Salento in Scienze Motorie e dello Sport, (primo avviso di vacanza)

chiede di ricoprire per l'A.A. 2022/2023 l'insegnamento di:

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

Il sottoscritto dichiara di essere in servizio presso:

<b>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera a) del Bando di vacanza affidamento a titolo gratuito:</b> <input type="checkbox"/> Università degli Studi 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
<b>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera b) del Bando di vacanza:</b> <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
<b>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera c) del Bando di vacanza:</b> <input type="checkbox"/> soggetti in possesso di adeguati requisiti scientifici e professionali di cui al comma 2 dell'art. 23 della Legge 240/2010; *Qualifica: _____ *In servizio presso _____ <input type="checkbox"/> libero professionista <input type="checkbox"/> insegnamento a titolo oneroso

(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_