

**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 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 (**SECONDO AVVISO del 20/07/2023**),

**chiede di ricoprire per l'A.A. 2021-2022 in corso l'insegnamento di:**

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

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

<b>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera a) del Bando di vacanza:</b> <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 <input type="checkbox"/> Ricercatore <input type="checkbox"/> RTDA <input type="checkbox"/> RTDB <input type="checkbox"/> Assist. Ordinario r.e.                      S.S.D. _____
<b>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera b) del Bando di vacanza:</b> <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 appartenenza Dipartimento di _____ Unità Operativa _____
<b>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera c) del Bando di vacanza:</b> <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 \_\_\_\_\_

<b>DOCUMENTI ALLEGATI:</b> <input type="checkbox"/> Curriculum vitae <input type="checkbox"/> Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà <input type="checkbox"/> Nulla osta della struttura di appartenenza	<b>RISERVATO ALLA PRESIDENZA</b> <input type="checkbox"/> Elenco titoli scientifici <input type="checkbox"/> copia documento di riconoscimento <input type="checkbox"/> Copia richiesta nulla osta presentata alla struttura di appartenenza
---	---