

**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 (**PRIMO AVVISO del 30/01/2026**),

**chiede di ricoprire per l'A.A. 2024-2025 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 afferenza                                    |                                                              |
| 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 <i>Servizio Sanitario Nazionale (SSN)</i> , 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 <sup>†</sup><br><input type="checkbox"/> Dirigente con incarico di alta specializzazione <input type="checkbox"/> Altro _____<br><span style="float: right;">(specificare la qualifica professionale di comparto)</span> |                                                              |

(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 \_\_\_\_\_

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