

ALLEGATO B

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:

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

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
 Ricercatore RTDA RTDB Assist. Ordinario r.e. S.S.D. _____

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 _____

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 _____
(specificare la qualifica professionale di comparto)

(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

DOCUMENTI ALLEGATI:

- Curriculum vitae Elenco titoli scientifici
 Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà copia documento di riconoscimento
 Nulla osta della struttura di appartenenza Copia richiesta nulla osta presentata alla struttura di appartenenza