

**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 01/04/2026**),

**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. (2015) _____	S.S.D. (2024) _____	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 _____	
(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 \_\_\_\_\_

<b>RISERVATO ALLA PRESIDENZA</b>	
<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