

**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 03/05/2022**),

**chiede di ricoprire per l'A.A. 2020-2021 in corso l'insegnamento di:**

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

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

<p><b>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera a) del Bando di vacanza:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Università degli Studi di Bari Aldo Moro      <input type="checkbox"/> Dipartimento di _____</p> <p><input type="checkbox"/> Università di _____      <input type="checkbox"/> Dipartimento di _____</p> <p><input type="checkbox"/> prof. ordinario                      <input type="checkbox"/> prof. associato</p> <p><input type="checkbox"/> ricercatore      <input type="checkbox"/> RTDA      <input type="checkbox"/> RTDB      <input type="checkbox"/> assist. ordinario r.e.      S.S.D. _____</p>
<p><b>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera b) del Bando di vacanza:</b></p> <p><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</p> <p>Dipartimento di _____</p> <p>Unità Operativa _____</p>
<p><b>Da compilare per i soggetti di cui alla lettera c) del Bando di vacanza:</b></p> <p><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</p> <p>Azienda/Istituto/Ente _____ sede _____</p> <p>Unità Operativa (se dipendente SSN) _____</p> <p>Qualifica: <input type="checkbox"/> Direttore di Struttura Complessa      <input type="checkbox"/> Responsabile di Struttura Semplice †</p> <p><input type="checkbox"/> Dirigente con incarico di alta specializzazione      <input type="checkbox"/> †† Altro _____</p> <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>RISERVATO ALLA PRESIDENZA</b>
<p><b>DOCUMENTI ALLEGATI:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Curriculum vitae                      <input type="checkbox"/> Elenco titoli scientifici</p> <p><input type="checkbox"/> Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà      <input type="checkbox"/> copia documento di riconoscimento</p> <p><input type="checkbox"/> Nulla osta della struttura di appartenenza      <input type="checkbox"/> Copia richiesta nulla osta presentata alla struttura di appartenenza</p>