ALLEGATO C

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI *ALDO MORO*
MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI CORSI DI LAUREA TRIENNALI, MAGISTRALI A CICLO UNICO E MAGISTRALI BIENNALI

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 **Decreto del Presidente della Scuola di Medicina n. 14 relativo alla procedura selettiva pubblica, per soli titoli, per il conferimento di incarichi di insegnamento per i Corsi di Laurea Magistrali e Triennali afferenti ai quattro Dipartimenti di Area Medica– Università degli Studi di Bari Aldo Moro del 05.05.2022,Anno Accademico 2021/2022, (dodicesimo avviso di vacanza**)

chiede di ricoprire per l'A.A. 2021/2022 l'insegnamento di:

Corso di Laurea _____sede_____

nome insegnamento _____

Corso Integrato di_____

S.S.D. _____ anno di corso _____ semestre_____

ID insegnamento n° _____

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 _____

☐ prof. ordinario ☐ prof. associato S.S.D. _____☐ **insegnamento a titolo gratuito**

☐ ricercatore ☐ **insegnamento a titolo retribuitile**

☐ RTDA ☐ RTDB ☐ **insegnamento a titolo gratuito**

☐ Università di _____

Dipartimento _____qualifica__

_____

☐ insegnamento a titolo oneroso

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 _____

☐ **insegnamento a titolo gratuito**

Da compilare per i soggetti di cui alla *lettera c)* del Bando di vacanza:

☐ personale di Enti pubblici e privati, compreso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con i quali l'Università di Bari abbia stipulato specifiche convenzioni (art. 2 D.R n. 2674 del 05.06.2019);

Azienda/Istituto/Ente _____ sede _____

Qualifica**:** ☐

Unità Operativa (se dipendente SSN) _____

Qualifica**:** _____↑

☐ **insegnamento a titolo gratuito**

Da compilare per i soggetti di cui alla *lettera d)* del Bando di vacanza:

☐ soggetti in possesso di adeguati requisiti scientifici e professionali di cui al comma 2 dell'art. 23 della Legge 240/2010;

*Qualifica**:** _____

*In servizio presso_____

☐ **libero professionista**

☐ **insegnamento a titolo oneroso**

(luogo) _____ (data) _____ firma _____