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 25/03/2025)**,

chiede di ricoprire per l'A.A. 2023-2024 in corso l'insegnamento di:

Scuola di Specializzazione in _____

nome insegnamento _____

S.S.D. _____ anno di corso _____

ID insegnamento n° _____ (**Allegato A**)

tipologia attività: ☐ lezione ☐ 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