

**All'Amplissimo Presidente della Scuola di Medicina
Università degli Studi di Bari Aldo Moro**

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____ codice fiscale _____
residente in _____ via _____
tel. _____ cell. _____
e-mail _____

(è indispensabile indicare almeno un recapito telefonico ed un indirizzo e-mail)

in servizio presso:

| | |
|--|--|
| Da compilare per i soggetti di cui alla lettera a) dell'avviso di vacanza: | |
| <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"/> assist. ordinario r.e. S.S.D. _____ |
| Da compilare per i soggetti di cui alla lettera b) dell'avviso di vacanza per le discipline in ALLEGATO A: | |
| <input type="checkbox"/> personale dipendente dell'Università di Bari, 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 nei Dipartimenti di afferenza | |
| Dipartimento di afferenza _____ | |
| U.O. _____ | |
| Da compilare per i soggetti di cui alla lettera c) dell'avviso di vacanza per le discipline in ALLEGATO A: | |
| <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 | |
| Ente _____ sede _____ | |
| qualifica _____ | |
| U.O. (se dipendente SSN) _____ | |
| Da barrare per i soggetti di cui alla lettera d) dell'avviso di vacanza per le discipline in ALLEGATO A: | |
| <input type="checkbox"/> Docente in quiescenza, titolare di contratto di insegnamento e ricerca stipulato con l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro (ai sensi della delibera del Senato Accademico del 15.05.2012) | |

avendo preso visione dell'avviso di vacanza emanato dalla Scuola di Medicina in data 13/05/2015, chiede di ricoprire per l'A.A. 2013-2014, con le eccezioni riportate nell'avviso di vacanza, l'insegnamento di seguito specificato:

| | |
|---|--|
| Scuola di Specializzazione in _____ | |
| insegnamento _____ ID n° _____ | |
| S.S.D. _____ | anno _____ modulo/semestre (se indicato) _____ codice percorso (se indicato) _____ |
| tipologia attività: <input type="checkbox"/> lezione <input type="checkbox"/> professionalizzante | |
| Ambito disciplinare _____ | |

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che, in caso di attribuzione, detto insegnamento sarà ricoperto a titolo gratuito, come indicato nell'avviso di vacanza, senza alcun onere per l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro, tranne che per le eccezioni riportate nell'avviso di vacanza.

Data _____ Firma _____

| | |
|--|-------------------------|
| <p>RISERVATO ALLA PRESIDENZA</p> <p>Documenti allegati:</p> <p><input type="checkbox"/> Curriculum vitae</p> <p><input type="checkbox"/> Titoli scientifici</p> <p><input type="checkbox"/> Nulla osta della struttura di appartenenza</p> <p><input type="checkbox"/> Copia richiesta nulla osta della struttura di appartenenza</p> | <p>TIMBRO DI ARRIVO</p> |
|--|-------------------------|