

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:

- Università degli Studi di Bari Aldo Moro
 Università di _____ Dipartimento di _____
 prof. ordinario prof. associato S.S.D. _____
 ricercatore assist. ordinario r.e.

Da compilare per i soggetti di cui alla lettera b) dell'avviso di vacanza per le discipline in ALLEGATO A:

- 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 nel Dipartimento 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:

- 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:

- 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)

Da barrare per i soggetti di cui alla lettera e) dell'avviso di vacanza per le discipline in ALLEGATO B:

- soggetto in possesso di adeguati requisiti scientifici e professionali, non ricompresi tra le figure indicate alle lettere a), b), c) e d), con il quale, in caso di conferimento, verrà stipulato un contratto a titolo oneroso, a gravare sui fondi della Scuola di Specializzazione pertinente

avendo preso visione dell'avviso di vacanza emanato dalla Scuola di Medicina in data 07/03/2014, chiede di ricoprire per l'A.A. 2012-2013, 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: lezione 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 _____

RISERVATO ALLA PRESIDENZA

Documenti allegati:

- Curriculum vitae
 Titoli scientifici
 Nulla osta della struttura di appartenenza
 Copia richiesta nulla osta della struttura di appartenenza

TIMBRO DI ARRIVO