

A.A.2020/2021

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA**  
**DIPARTIMENTI DI AREA MEDICA**  
**MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI CORSO DI DOTTORATO IN MEDICINA TRASLAZIONALE E**  
**MANAGEMENT DEI SISTEMI SANITARI XXXVI CICLO**

*Al Direttore di Medicina Clinica e Sperimentale*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
avendo preso visione dell'Avviso di vacanza prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, rep. n. \_\_\_\_\_

*chiede di ricoprire, per l'a.a. 2020/2021, a titolo gratuito, il seguente insegnamento nell'ambito del Dottorato di ricerca in Medicina traslazionale e management dei sistemi sanitari XXXVI ciclo.*

MODULI	CFU	ORE
<input type="checkbox"/> Linguistica	4 CFU	32
<input type="checkbox"/> Informatica	4 CFU	32
<input type="checkbox"/> Gestione della ricerca, della conoscenza dei sistemi di ricerca e dei sistemi di finanziamento – Area Economica	2 CFU	16
<input type="checkbox"/> Gestione della ricerca, della conoscenza dei sistemi di ricerca e dei sistemi di finanziamento – Area Medica	2 CFU	16
<input type="checkbox"/> Valorizzazione dei risultati della ricerca e della proprietà intellettuale – Area Economica	2 CFU	16
<input type="checkbox"/> Valorizzazione dei risultati della ricerca e della proprietà intellettuale – Area Medica	2 CFU	16

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

<input type="checkbox"/> Università degli Studi di Foggia – Dipartimento di _____
<input type="checkbox"/> Università degli Studi di _____ Facoltà/Dipartimento di _____
Qualifica: <input type="checkbox"/> Prof. Ordinario <input type="checkbox"/> Prof. Associato <input type="checkbox"/> Ricercatore <input type="checkbox"/> Altro
Settore scientifico disciplinare di inquadramento (solo docenti e ricercatori) _____
<input type="checkbox"/> Posizione ricoperta e relativa qualifica _____

Le comunicazioni riguardanti la presente procedura selettiva devono essere inviate al seguente indirizzo (indicare solo se diverso dall'indirizzo di residenza):

Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

*Si allegano il curriculum dell'attività didattica, scientifica e professionale e altri titoli, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e documento di riconoscimento in corso di validità, in conformità a quanto previsto dall'art. 5 dell'Avviso di vacanza.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

firma

\_\_\_\_\_

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
(Art. 47 e art. 38, comma 3 del D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

– consapevole che in caso di dichiarazione mendace è perseguibile a norma del Codice Penale e decade dal beneficio conseguito in base al provvedimento richiesto (artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000);

– informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

d i c h i a r o

la veridicità di quanto dichiarato nel curriculum vitae allegato alla presente.

**IL/LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

---

---

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, la sottoscrizione non viene autenticata in quanto alla dichiarazione si allega copia di un documento valido di identità.

**RICEVUTA PRESENTAZIONE DOMANDA**  
*da compilare a cura dell'addetto al ritiro della domanda*

**Il Prof./Dott./Sig.** \_\_\_\_\_ **ha presentato domanda per l'affidamento**  
**del seguente insegnamento:**

**nome insegnamento:** \_\_\_\_\_

**corso integrato:** \_\_\_\_\_

**anno** \_\_\_\_\_ **semestre** \_\_\_\_\_ **Corso di Laurea** \_\_\_\_\_ **sede**

\_\_\_\_\_

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**L'incaricato del ritiro**

\_\_\_\_\_