UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA
DIPARTIMENTI DI AREA MEDICA
MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI CORSO DI DOTTORATO IN “BASIC AND CLINICAL
NEUROSCIENCE” XL CICLO

Al Direttore del Dipartimento 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. 2024/2025, a titolo gratuito, il/i seguente/i insegnamento/i nell’ambito del
Dottorato di ricerca in Basic and Clinical Neuroscience - XL ciclo:
(barrare la/le caselle di interesse)*

MODULI	ORE
☐ Neurochimica	20
☐ Modelli cellulari e animali di patologie umane neurologiche	20
☐ Neurogenetica	15
☐ Metodologie nella Ricerca Scientifica	15

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

☐ Università degli Studi di Foggia – Dipartimento di _____ ☐ Università degli Studi di _____ Facoltà/Dipartimento di _____ Qualifica: ☐ Prof. Ordinario ☐ Prof. Associato ☐ Ricercatore ☐ Altro Settore scientifico disciplinare di inquadramento (solo docenti e ricercatori) _____ ☐ Posizione ricoperta e relativa qualifica (esperti non appartenenti ai ruoli accademici) _____
--

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

Si autorizza l'Università degli Studi di Foggia al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dalla specifica informativa allegata all'avviso di selezione e pubblicata sul sito web di ateneo

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

_____, lì _____