

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA**  
**DIPARTIMENTI DI AREA MEDICA**  
**MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI CORSO DI DOTTORATO IN “BASIC AND CLINICAL**  
**NEUROSCIENCE” XXXVIII 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 – XXXVIII ciclo:  
 (barrare la/le caselle di interesse)*

| MODULI                                                                | ORE |
|-----------------------------------------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Fisiopatologia mitocondriale in Neuroscienze | 15  |
| <input type="checkbox"/> Cronobiologia e Neuroscienze                 | 15  |

*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)<br>_____                                                                          |                      |
| <input type="checkbox"/> Posizione ricoperta e relativa qualifica (esperti non appartenenti ai ruoli accademici)<br>_____                                        |                      |

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 \_\_\_\_\_

---

---

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.