UNI_FG - Prot. n. n.d - I/7 del 17/11/2026 - Albo Ufficiale di Ateneo n.

Università di Foggia
Medicina Clinica e Sperimentale

A.A.2026/2027

DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E SPERIMENTALE
Modello richiesta affidamento insegnamenti
Docenti nei ruoli Universitari

Al Direttore di Dipartimento

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. 2026/2027, a titolo di supplenza gratuita (art. 2 co 1 e co 2) Bando di selezione), l'insegnamento di:

nome insegnamento:_____

ore_____anno_____SSD_____

Corso Integrato (se indicato)_____

Corso di Laurea in _____

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

☐ Università degli Studi di Foggia – Dipartimento di _____

☐ Università degli Studi di _____Dipartimento di _____

Qualifica: ☐ Prof. Ordinario ☐ Prof. Associato ☐ Ricercatore

Settore scientifico disciplinare di inquadramento
_____

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. 4 del Bando di Selezione.

_____, _____
(luogo) (data)

firma

_____

Università di Foggia
Medicina Clinica e Sperimentale

Autorizzo l'Università degli Studi di Foggia al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dalla specifica informativa per il trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679) nell'àmbito del procedimento per l'affidamento degli insegnamenti dei Corsi di Studio afferenti al Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, anno accademico 2026-2027, allegata al Bando di selezione pubblicato sul sito web e all'Albo di Ateneo.

_____, _____ firma

(luogo) (data)

_____

Università di Foggia
Medicina Clinica e Sperimentale

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.

Università di Foggia
Medicina Clinica e Sperimentale

DICHIARAZIONE RESA DAL CANDIDATO SULLA MANCANZA DI SITUAZIONI OSTATIVE ALLA FORMALIZZAZIONE DEL RAPPORTO IN CASO DI ESITO POSITIVO

Il/La sottoscritto/a_____ nato/a il _____ a _____, candidato/a per la procedura selettiva pubblica per il conferimento di un incarico di _____disposto dai Dipartimenti di Area Medica , consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

□ di non avere un grado di parentela o affinità, fino al quarto grado compreso, e di non essere convivente con un professore o ricercatore appartenente all'Organo competente che ha indetto la selezione ovvero con il Rettore, con il Direttore Amministrativo o con un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università degli Studi di Foggia;

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che le suindicate notizie sono complete e veritiere.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente dichiarazione possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003, per gli adempimenti connessi all'elaborazione della retribuzione spettante.

Luogo e data _____

Firma

_____