# DOMANDA PER L’ATTRIBUZIONE DI UN INCARICO DI INSEGNAMENTO

# RISERVATO AL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

# PER ATTIVITÀ DI INSEGNAMENTO

Al Presidente del Collegio didattico

del Corso di Laurea in OSTETRICIA

Prof. Fabio Parazzini

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/p.zza/c.so \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_  
(*indicare residenza/e dal 1° gennaio dell’anno in corso alla data di presentazione della domanda*)

tel./cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
professione/qualificazione professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente della Struttura Sanitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
ovvero di avere un rapporto di collaborazione, specificandone la tipologia, con la Struttura Sanitaria  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
nell’ambito del rapporto convenzionale stipulato tra l’Università degli Studi di Milano e la Struttura sanitaria di appartenenza sede del Corso di Laurea (anche per mezzo di convenzioni subordinate tra la Struttura Sanitaria sede del Corso di Studio e la Struttura sanitaria di appartenenza del Candidato)

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione riservata al personale del servizio sanitario regionale dipendente per l’attribuzione mediante contratto senza oneri per l’Ateneo (contratto gratuito SSR) a tempo determinato, dell’insegnamento di  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(ore\_\_\_\_\_\_), Corso di Laurea OSTETRICIA, A.A. 2020/2021.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o mendaci richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000**, dichiara** sotto la propria responsabilità:

❑ di essere in possesso del titolo di Dottore di ricerca (o titolo equivalente conseguito all’estero) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

❑ di essere in possesso della seguente specializzazione (o titolo equivalente conseguito all’estero) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

❑ di essere in possesso del titolo di Laurea/Laurea Magistrale (o titolo equipollente o equivalente conseguito all’estero) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**DICHIARA, inoltre**

* di non avere un rapporto di coniugio, un rapporto di unione civile o di convivenza ai sensi della legge n. 76 del 20.5.2016, un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore o ricercatore appartenente al Dipartimento proponente, con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione;
* di non aver riportato condanne penali o non avere procedimenti o processi penali pendenti;

Il sottoscritto esprime inoltre, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati per gli adempimenti connessi alla presente procedura selettiva.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega:

* Nulla osta dell’Azienda allo svolgimento dell’attività didattica in oggetto ai sensi del *Protocollo di intesa tra Regione Lombardia e Università degli Studi di Milano per la stipula di Convenzioni relative ai Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie* del 18 gennaio 2006;
* fotocopia di un documento di riconoscimento e del codice fiscale;
* curriculum vitae (formato EU) datato e firmato;
* elenco pubblicazioni datato e firmato;
* dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà attestante la conformità all’originale delle pubblicazioni.