# 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 Logopedia

Prof. Antonio Schindler

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 :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Settore Scientifico Disciplinare e Modulo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CFU\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anno di corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Corso di Laurea in Logopedia – Sezione di Mantova, A.A. 2019/2020.

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 Regolamento (UE) n. 679/2016, 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 (massimo 5).