

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).