

A.A 2020/2021

CORSO DI LAUREA _____ SEDE _____

MODULI ATTIVATI PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via/C.so _____

*chiede l'affidamento di seguito specificato:***MODULO** _____

Insegnamento _____

Anno di corso _____ Semestre/Annualità _____

Corso di Laurea in _____

sede _____ Canale _____

A tale proposito dichiara, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze per le eventuali dichiarazioni false, quanto segue:

- di essere attualmente in servizio in qualità di dipendente presso la seguente struttura sanitaria: _____
(indicare Azienda, Sede e Divisione, Indirizzo, Tel.)
- di essere in possesso del profilo professionale corrispondente al modulo per il quale si chiede l'affidamento e precisamente: _____
- di aver maturato almeno cinque anni di anzianità di servizio in strutture sanitarie.

(luogo e data)-----

(firma)-----

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DA RISPETTARE A PENA DI NULLITÀ:

1. Il presente modulo deve essere compilato per ciascuna richiesta di insegnamento di cui si chiede l'affidamento, sottoscritto dal richiedente, che dovrà allegare copia del documento di identità in corso di validità.
2. Ogni domanda dovrà essere corredata da un curriculum formativo e professionale datato e sottoscritto dal richiedente.
3. Le domande cumulative di insegnamento non saranno prese in considerazione.