

**MODULI ATTIVATI PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO**

**CORSO DI STUDIO** \_\_\_\_\_ **SEDE** \_\_\_\_\_

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via/C.so \_\_\_\_\_

*chiede l'affidamento del/i seguente/i modulo/i:*

**MODULO** \_\_\_\_\_

Insegnamento \_\_\_\_\_

Anno di corso \_\_\_\_\_ Semestre/Annualità \_\_\_\_\_

sede \_\_\_\_\_ Canale \_\_\_\_\_

**MODULO** \_\_\_\_\_

Insegnamento \_\_\_\_\_

Anno di corso \_\_\_\_\_ Semestre/Annualità \_\_\_\_\_

sede \_\_\_\_\_ Canale \_\_\_\_\_

**MODULO** \_\_\_\_\_

Insegnamento \_\_\_\_\_

Anno di corso \_\_\_\_\_ Semestre/Annualità \_\_\_\_\_

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 tre anni di anzianità di servizio in strutture sanitarie.

(luogo e data)-----

(firma)-----

**INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DA RISPETTARE A PENA DI NULLITÀ:**

1. La presente domanda deve essere compilata con riferimento al corso di studio nell'ambito del quale si chiede l'affidamento, sottoscritta 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. Non potranno essere presentate più di 3 candidature per ciascun corso di studio