

ALLEGATO.....

CORSO DI LAUREA DI _____
SEDE DI _____

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

DISCIPLINE ATTIVATE PRESSO L'UNIVERSITA' DEL PIEMONTE ORIENTALE

Al Direttore Generale
Azienda _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____, il _____

residente in _____,

Via/C.so _____

chiede _____ l'affidamento _____ della

DISCIPLINA/MODULO _____

Corso Integrato/Insegnamento _____

del corso di Laurea della Professione Sanitaria di _____

Anno di corso _____ Semestre _____

sede di _____ .

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. e Fax)

- di essere in possesso del profilo professionale di _____
corrispondente alla disciplina per la quale si chiede l'affidamento;

- di aver maturato tre anni di anzianità di servizio in strutture sanitarie.

Si allega curriculum formativo e professionale, datato e sottoscritto (compilato secondo le modalità indicate nel bando)

(firma)

(luogo e data)

(per eventuali comunicazioni: indirizzo (qualora diverso dalla residenza) – Tel., Fax, e-mail)

N.B. Il presente modulo deve essere compilato per ciascuna richiesta di insegnamento di cui si chiede l'affidamento.

Le domande cumulative di insegnamento non saranno prese in considerazione.

Ogni domanda dovrà essere corredata dal relativo curriculum.