**MODULO A (riservato ai professori/ricercatori)**

**Al Sig. Presidente della Scuola di MEDICINA e CHIRURGIA di Palermo**

***Oggetto: Domanda per l’affidamento di insegnamenti scoperti nella Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative A.A. 2023/2024***

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

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola stipendiale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qualifica:

ORDINARIO 🞎 STRAORDINARIO 🞎 ASSOCIATO 🞎 RICERCATORE **🞎** ASSISTENTE R.E. 🞎 RICERCATORI A TEMPO DETERMINATO 🞎

**S**ettore Scientifico Disciplinare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TECNICO LAUREATO\* 🞎

Dipartimento di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Struttura di Raccordo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Università degli Studi di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE** l’affidamento dell’insegnamento:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Anno di Corso \_\_\_\_\_\_\_ Ore di insegnamento \_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Anno di Corso \_\_\_\_\_\_\_ Ore di insegnamento \_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Anno di Corso \_\_\_\_\_\_\_ Ore di insegnamento \_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_

**Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

A tal fine **DICHIARA**, sotto la propria personale responsabilità:

1. che, in caso di affidamento dell’insegnamento, trasmetterà il nulla-osta rilasciato dalla struttura di appartenenza;
2. di avere preso personalmente visione del presente bando (a.a. 2023/2024) emanato dalla Scuola di Medicina e Chirurgia con scadenza **entro e non oltre le ore 12:00 del decimo giorno successivo alla data di pubblicazione dello stesso**;
3. di assumere l’affidamento dell’insegnamento **a titolo gratuito.**

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA