# Al Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia

# Università degli Studi di Palermo

***Oggetto: Domanda di affidamento di attività formative professionalizzanti per contratto A.A. 2023/2024***

Il/La sottoscritto/a nato/a a

il ….../…../……., residente a Via

Tel. n. (numero/i presso cui può essere facilmente rintracciato)

Indirizzo e-mail Codice Fiscale

PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

UOC/UOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P.O. Città di

In possesso di:

* Laurea o titolo equipollente in

Conseguita/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Laurea Magistrale in

Conseguita/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto all’ordine Professionale della Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE** l’affidamento con contratto di diritto privato, ai sensi dello specifico regolamento vigente,

* **N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore;**
* **N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore;**

**Corso di Laurea in Fisioterapia, sede di Palermo**

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

1. di essere stato docente tutor delle discipline professionalizzanti

nel Corso di Studi negli a.a.:

1. di non avere rapporti di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura che effettua la procedura ovvero con il Rettore, il Direttore Amministrativo o un componente del consiglio di amministrazione dell’Ateneo (L. 30 dicembre 2010 n. 240 - articolo 18 comma 1 lettere b e c
2. che, in caso di affidamento dell’insegnamento, trasmetterà il nulla-osta rilasciato dalla struttura di appartenenza;
3. che, in caso di affidamento dell’insegnamento, trasmetterà la proposta del programma che si intende svolgere;
4. di avere preso personalmente visione del presente avviso emanato dalla Scuola di Medicina e Chirurgia Palermo.

Data**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

FIRMA