

**Anno Accademico 2023-2024**

**Al Legale Rappresentante  
A.O.U. "San Luigi Gonzaga"  
Regione Gonzole, 10  
10043 ORBASSANO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via/C.so \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

chiede l'inserimento nell'elenco dei collaboratori alla didattica per i seguenti **moduli** (\*):

**Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica**

1) Modulo: \_\_\_\_\_

Insegnamento: \_\_\_\_\_

Anno di corso \_\_\_\_\_

2) Modulo: \_\_\_\_\_

Insegnamento: \_\_\_\_\_

Anno di corso \_\_\_\_\_

3) Modulo: \_\_\_\_\_

Insegnamento: \_\_\_\_\_

Anno di corso \_\_\_\_\_

Dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, quanto segue:

di aver conseguito il/i titolo/i di studio (attinenti al modulo): \_\_\_\_\_

appartenenza al profilo professionale: \_\_\_\_\_

di allegare al form il curriculum formativo professionale e didattico, datato, sottoscritto e documento(\*\*).

Firma

Luogo e data \_\_\_\_\_

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

\* Non potranno essere presentate più di 3 candidature per Corso di Laurea.

\*\*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.