

**Anno Accademico 2015/2016**

**Personale in possesso di laurea**

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 \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ indirizzo@ \_\_\_\_\_

chiede l'inserimento nell'elenco dei collaboratori alla didattica per il **MODULO**:

**INSEGNAMENTO:**

Anno di corso \_\_\_\_\_ semestre \_\_\_\_\_ **del Corso di Studi in Tecnica della Riabilitazione  
Psichiatrica**

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 essere in possesso della laurea in: \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda curriculum formativo, professionale e didattico, datato e sottoscritto.

In Fede

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

(indirizzo, numero telefonico, e-mail per eventuali comunicazioni, qualora diverso dalla residenza)

**N. B.** Il presente modulo deve essere compilato **per ciascuna richiesta** relativa alla disciplina di cui si chiede l'inserimento nell'elenco. In caso di domande cumulative nello stesso modulo si terrà conto esclusivamente della prima disciplina che compare nella richiesta. Ogni domanda dovrà essere corredata dal relativo curriculum