

CORSO DI LAUREA DI _____
SEDE DI _____

ANNO ACCADEMICO 2019/2020

A L L E G A T O C2) - PERSONALE PROFESSIONALE

DISCIPLINE ATTIVATE PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO

Modulo predisposto da Assessorato alla Sanità (da compilare a macchina o in stampatello)

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 in servizio presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, e precisamente presso _____

_____ (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 almeno cinque 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.