

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA**  
**FACOLTA' DI MEDICINA**  
**MODELLO RICHIESTA AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI PER LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE**  
Personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

*Al Preside della Facoltà  
di Medicina*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso di selezione per  
la copertura degli insegnamenti della Scuola di specializzazione in Pediatria,

*chiede di ricoprire, per l'a.a. 2024/2025*

<i>l'insegnamento di:</i>	<i>anno di corso:</i>
Pediatria Generale e Specialistica (1 cfu)	I

*Il sottoscritto dichiara di essere in servizio presso:*

<b>Azienda/Istituto/Ente</b> _____
<b>Unità Operativa</b> _____
<b>Qualifica:</b> <input type="checkbox"/> Direttore di Struttura Complessa <input type="checkbox"/> Responsabile di Struttura Semplice <input type="checkbox"/> Dirigente con incarico di alta specializzazione <input type="checkbox"/> Dirigente con meno di 5 anni di anzianità di servizio
<b>Altro</b> (specificare la qualifica professionale di comparto) _____

Le comunicazioni riguardanti la presente procedura selettiva devono essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_.

*Si allegano il curriculum dell'attività didattica, scientifica e professionale e altri titoli, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e documento di riconoscimento in corso di validità, in conformità a quanto previsto dall'art. 3 dell'Avviso di vacanza.*

(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

*Autorizzo l'Università degli Studi di Foggia al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dalla specifica informativa per il trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679) nell'ambito del procedimento relativo alla procedura selettiva pubblica finalizzata all'affidamento a titolo gratuito degli insegnamenti vacanti per le Scuole di Specializzazione, allegata all'Avviso di vacanza e pubblicato sul sito web e all'Albo di Ateneo.*

(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
(Art. 47 e art. 38, comma 3 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

- consapevole che in caso di dichiarazione mendace è perseguibile a norma del Codice Penale e decade dal beneficio conseguito in base al provvedimento richiesto (artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii.);

- informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

d i c h i a r o

la veridicità di quanto dichiarato nel curriculum vitae allegato alla presente.

**IL/LA DICHIARANTE**

(luogo)

(data)

firma

\_\_\_\_\_