ALLEGATO "A"

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale

C/O Scuola di Medicina

Via Fossato di Mortara 64

44121 - FERRARA

Il/la sottoscritto/a

COGNOME

(le donne coniugate indicano il cognome da nubile)

NOME

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARTITA IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ISCRITTO ALL’ALBO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO A PROV. IL

RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. STATO

INDIRIZZO C.A.P.

In possesso del seguente titolo di studio:

* Laurea prevista dagli ordinamenti didattici previgenti al DM 509/1999

Conseguita in data Presso l’Università di

* Laurea specialistica conseguita ai sensi del DM 509/99 in

conseguita nella classe n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(denominazione classe)*

Conseguita in data Presso l’Università di

* Laurea magistrale conseguita ai sensi del DM. 270/04 in

conseguita nella classe n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(denominazione classe)*

Conseguita in data Presso l’Università di

chiede di partecipare alla selezione pubblica per titoli per il conferimento di un incarico di supporto alle attività di insegnamento:

Dipartimento:

Corso di Laurea:

Insegnamento:

Settore scientifico-disciplinare:

Tipo di corso:

Ore:

Il/la sottoscritto/a dichiara di eleggere quale recapito ai fini della procedura selettiva il seguente indirizzo:

PRESSO

INDIRIZZO  C.A.P.

COMUNE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV.  STATO

TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E -MAIL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione del recapito stesso.

Il/la sottoscritto dichiara inoltre di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero con il Rettore, il direttore generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Ateneo.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente:

1) copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale;

2) curriculum in duplice copia della propria attività scientifica, didattica e professionale. : uno ai fini della selezione stessa ed uno per la pubblicazione sul web privo di dati sensibili, completo di firma autorizzatoria.

Copia dei due CV in formato europeo, dovranno inoltre essere mandati anche all’indirizzo di posta elettronica: [scuola.medicina@unife.it](mailto:scuola.medicina@unife.it)

Luogo e data

Il dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_