

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  
disciplinare:

scientifico-

Tipo  
corso:

di

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/a 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

\_\_\_\_\_