

Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliero – Universitaria  
"Maggiore della Carità"  
Corso Mazzini, 18  
28100 NOVARA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_  
chiede l'affidamento per l'anno accademico 2011/12 dell'attività di complemento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Corso integrato \_\_\_\_\_  
Corso di Laurea in \_\_\_\_\_  
anno di corso (I, II o III) \_\_\_\_\_ semestre \_\_\_\_\_ n. ore \_\_\_\_\_

A tale proposito dichiara sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze per le eventuali dichiarazioni false quanto segue:

- a) - di appartenere al profilo professionale nella disciplina per la quale chiede l'affidamento
- b) - di essere in possesso del titolo di studio \_\_\_\_\_
- c) - di essere in possesso dei seguenti altri titoli \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di essere alle dipendenze dell'A.S.L./A.O. \_\_\_\_\_  
in qualità di (1) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

di aver svolto attività presso i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie:

- affidatario disciplina	C.d.L. _____	negli anni accademici _____
	C.d.L. _____	negli anni accademici _____
- affidatario disciplina compl.	C.d.L. _____	negli anni accademici _____
	C.d.L. _____	negli anni accademici _____
- coordinatore	C.d.L. _____	negli anni accademici _____
- tutor	C.d.L. _____	negli anni accademici _____
	C.d.L. _____	negli anni accademici _____
- affiancatore	C.d.L. _____	negli anni accademici _____
	C.d.L. _____	negli anni accademici _____

(1) specificare qualifica/profilo professionale

Allega alla presente:

- curriculum formativo e professionale, datato e sottoscritto
- elenco dettagliato delle pubblicazioni specificando: titolo del lavoro, rivista su cui è stato pubblicato n° e anno, nome degli eventuali coautori, se trattasi di articolo, relazione, poster, etc.
- elenco dettagliato dell'attività svolta in Corsi precedenti affini al Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie con indicazione di:
  - tipo di attività
  - tipo di corso
  - materia
  - anno scolastico/accademico di riferimento
  - Azienda presso la quale si è tenuto il Corso

firma

---

(luogo e data)

indirizzo per eventuali comunicazioni:  
(qualora fosse diverso dalla residenza)

**<sup>1</sup>Ai sensi del D.Lgs 165/2001 (Anagrafe delle prestazioni) e del D.G.R. n. 38-1883 del 21.04.2011 (Protocollo di intesa Regione-Università) e vista la richiesta di affidamento di attività didattica dichiaro che NULLA OSTA**

Il Direttore della Struttura/  
Direttore/Commissario dell'Azienda

---

(firma e timbro)

Novara,

---

<sup>1</sup> Sottoscrizione obbligatoria per i Pubblici Dipendenti