

CORSO DI LAUREA DI.....

ALLEGATO.....

SEDE DI

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

DISCIPLINE ATTIVATE PRESSO L'UNIVERSITA' DEL PIEMONTE ORIENTALE

Al Direttore Generale

Azienda.....

.....

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente a in Via/Corso

chiede l'affidamento dell'Attività di Complemento alla Didattica

..... codice attività 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 attualmente in servizio in qualità di dipendente presso la seguente struttura sanitaria (indicare Azienda, Sede e Divisione, Indirizzo, Tel.)

- di essere in possesso del profilo professionale di

..... corrispondente alla disciplina per la quale si chiede l'Affidamento;

Si ricorda che è considerato titolo preferenziale l'afferenza all'Azienda che è Sede formativa di Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie o Sede di Tirocinio.

Si allega Curriculum formativo e professionale, datato e sottoscritto (compilato secondo le modalità indicate nel Bando).

Luogo e data.....

Firma.....

(per eventuali comunicazioni: indirizzo (qualora diverso dalla residenza) – (Tel, e-mail)

N.B. Il presente modulo deve essere compilato per ciascuna richiesta(massimo nr. 5 istanze per ogni CdS) di Attività di Complemento alla Didattica di cui si chiede l'affidamento. Le domande cumulative non saranno prese in considerazione.

Ogni domanda dovrà essere corredata dal relativo curriculum