

CORSO DI LAUREA DI _____
SEDE DI _____

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

DISCIPLINE ATTIVATE PRESSO L'UNIVERSITA' DEL PIEMONTE ORIENTALE

Al Direttore Generale
Azienda _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____, il _____
residente in _____,
Via/C.so _____
chiede l'affidamento della

ATTIVITA' DI COMPLEMENTO _____

Disciplina _____
Corso Integrato/insegnamento _____
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, Indirizzo, Tel.)

- di essere in possesso del profilo professionale di _____
corrispondente alla disciplina per la quale si chiede l'affidamento;

Si allega curriculum formativo e professionale, datato e sottoscritto (compilato secondo le modalità indicate nel bando)

(firma)

(luogo e data)

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

N.B. Il presente modulo deve essere compilato per ciascuna richiesta di insegnamento di cui si chiede l'affidamento.

Ogni domanda dovrà essere corredata dal relativo curriculum.