

Oggetto: Domanda per l'affidamento di insegnamenti A.A. 2018/2019

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ matricola _____ stipendiale _____ e-mail _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____ Qualifica:

ORDINARIO STRAORDINARIO ASSOCIATO RICERCATORE ASSISTENTE R.E.
RICERCATORI A TEMPO DETERMINATO

Settore Scientifico Disciplinare _____

TECNICO LAUREATO*

Dipartimento di _____

Struttura di Raccordo di _____ dell'Università degli Studi di _____

CHIEDE l'affidamento del:

Corso Integrato _____

Modulo _____

Corso di Laurea _____ **Sede formativa** _____

A tal fine **DICHIARA**, sotto la propria personale responsabilità:

di essere stato docente dell'insegnamento _____
nel Corso di Studi _____ negli a.a. _____;

a) di non avere rapporti di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura che effettua la procedura ovvero con il Rettore, il Direttore Amministrativo o un componente del consiglio di amministrazione dell'Ateneo (L. 30 dicembre 2010 n. 240 - articolo 18 comma 1 lettere b e c);

b) che, in caso di affidamento dell'insegnamento, trasmetterà il nulla-osta rilasciato dalla struttura di appartenenza;

c) di avere preso personalmente visione del presente bando (a.a. 2018/2019) emanato dalla Scuola di Medicina e Chirurgia il 01/08/2018 – Scadenza entro le ore 12:00 del 23/08/2018;

di avere avuto affidato dalla propria Struttura**, per l'a.a. 2018/2019, carichi didattici pari a ore _____;

di assumere l'affidamento dell'insegnamento **a titolo retribuito**.

di assumere l'affidamento dell'insegnamento **a titolo gratuito**.

Palermo, li _____

FIRMA

* art. 16 c. 1 L 341/90;

** per professori e ricercatori

COMPILARE IN STAMPATELLO