**MODULO B (riservato ai dipendenti di enti convenzionati-rete formativa)**

**Al Sig. Presidente della Scuola di MEDICINA e CHIRURGIA di Palermo**

***Oggetto: Domanda per l’affidamento di insegnamenti scoperti nella Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile A.A. 2023/2024***

Il/La sottoscritto/a nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il …….../…....../…….…., residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. n. (numero/i presso cui può essere facilmente rintracciato) Indirizzo e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirigente di Unità Operativa in convenzione 🞎

In servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ente in convenzione facente parte della rete formativa della Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile)

Città di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In possesso:

* della Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE** l’affidamento con contratto di diritto privato, ai sensi dello specifico regolamento vigente, dell’insegnamento di:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anno di Corso \_\_\_\_\_\_\_ Ore di insegnamento \_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anno di Corso \_\_\_\_\_\_\_ Ore di insegnamento \_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_

**Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

1. di essere stato docente dell’insegnamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel Corso di Studi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ negli a.a.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. 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)
2. che, in caso di affidamento dell’insegnamento, trasmetterà il nulla-osta rilasciato dalla struttura di appartenenza;
3. che, in caso di affidamento dell’insegnamento, trasmetterà la proposta del programma che si intende svolgere;
4. di avere preso personalmente visione del presente avviso emanato dalla Scuola di Medicina e Chirurgia con scadenza **entro e non oltre le ore 12:00 del 01/08/2025**.

**Infine, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità dichiara veritiero quanto espresso nel curriculum e sul possesso dei titoli presentati ed allegati alla presente domanda**

Palermo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA