Al Sig. Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia di Palermo

Oggetto: Domanda di affidamento di attività formative professionalizzanti per contratto – figure specialistiche aggiuntive a.a.2025/2026

l/La sottoscritto/a nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il ….../…../……., residente a Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. n. (numero/i presso cui può essere facilmente rintracciato)

Indirizzo e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONALE MEDICO e ODONTOIATRA in convenzione 

PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE in convenzione 

Dipartimento assistenziale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Azienda

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

In possesso:

a) del Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) del Diploma Universitario di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Esempio: N. Progr. TRM/01, Tirocinio: 1 anno, (Radiologia tradizionale) CFU 2 , ORE 50 )

 – N. Progr. \_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_ anno Modulo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CFU\_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_;

 – N. Progr. \_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_ anno Modulo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_CFU\_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_;

 – N. Progr. \_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_ anno Modulo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_CFU\_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_;

Corso di Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sede formativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità:

a)di essere stato docente dell’insegnamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

b) 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)

c) di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali pendenti (in caso contrario indicare quali)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

e) che, in caso di affidamento dell’insegnamento, trasmetterà la proposta del programma che si intende svolgere;

f) di avere preso personalmente visione del presente avviso emanato dalla Scuola di Medicina e Chirurgia

prot. n° del \_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/2025- Scadenza entro le ore 12:00 del 14 /05/2025

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Palermo, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_