Al Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia

Università degli Studi di Palermo

Oggetto: Domanda di affidamento di attività formative professionalizzanti per contratto – Figure Specialistiche - A.A. 2025/2026

Il/La sottoscritto/a nato/a a

il ….../…../……., Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE in convenzione presso l’ASP di Trapani

UOC/UOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

In possesso di:

• Laurea o titolo equipollente in

Conseguita/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Laurea Magistrale in

Conseguita/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto all’ordine Professionale della Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

• N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_\_\_\_;

• N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_\_\_\_;

• N. Prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio \_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_\_\_\_;

Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia per Immagini e Radioterapia, sede formativa di Trapani

A tal fine DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità

a) di essere stato docente tutor delle discipline professionalizzanti 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 avere preso personalmente visione del presente avviso emanato dalla Scuola di Medicina e Chirurgia - Scadenza entro le ore 12:00 del 14/05/2025;

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, lì

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