

CORSO DI LAUREA DI \_\_\_\_\_  
SEDE DI \_\_\_\_\_

ANNO ACCADEMICO 2019/2020

**A L L E G A T O C2) - PERSONALE PROFESSIONALE**

**DISCIPLINE ATTIVATE PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO**

Modulo predisposto da Assessorato alla Sanità (da compilare a macchina o in stampatello)

Al Direttore Generale

Azienda \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_,

Via/C.so \_\_\_\_\_

chiede l'affidamento della **DISCIPLINA/MODULO** \_\_\_\_\_

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 in servizio in qualità di dipendente presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, e precisamente presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (indicare Azienda, Sede e Divisione, Indirizzo, Tel. e Fax)

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

- di aver maturato almeno cinque anni di anzianità di servizio in strutture sanitarie.

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., Fax, e-mail)

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

**Le domande cumulative di insegnamento non saranno prese in considerazione.**

**Ogni domanda dovrà essere corredata dal relativo curriculum.**