

**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 Sanita' (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 responsabilita' 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 anzianita' 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.**