

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

**DISCIPLINE ATTIVATE PRESSO L'UNIVERSITA' DEL PIEMONTE ORIENTALE**  
**Modulo predisposto da Assessorato alla Sanità**

Al Direttore Generale  
A.S.L. CN2  
Via Vida, 10  
12051 ALBA (CN)

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.**