

Allegato B

Alla Responsabile f.f. S.S. Formazione
A.S.L. CN2 Alba-Bra
Dott.ssa Giuseppina Viola
aslcn2@legalmail.it

Il/La sottoscritto/anato/a a

Il.....residente in.....

Via..... Tel.n.....

Dipendente.....in qualità di.....

Vista la deliberazione n..... delad oggetto:

Corsi di studio delle professioni sanitarie. Anno Accademico 2026/2027 – Didattica di
complemento per le discipline attivate dall'Università degli Studi del Piemonte Orientale.

Chiede l'affidamento per l'anno accademico 2026/2027

Dell'attività di complemento.....

Corso integrato.....

Corso di laurea in.....

Anno di corsosemestresede di.....

A tal proposito dichiara sotto la propria responsabilità:

- di appartenere al profilo professionale nella disciplina per la quale chiede l'affidamento,
- di essere in possesso del titolo di studio
.....
- di essere in possesso dei seguenti altri titoli
.....
- di essere dipendente dell'A.S.L. CN2.....

In allegato curriculum formativo professionale, scientifico e didattico, datato e firmato,
pubblicazioni scientifiche, titoli accademici.

Cordiali saluti

Luogo e data

Firma