ALLEGATO "A"

Al Direttore

Del Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgico Specialistiche

Via Fossato di Mortara 64

44121 - FERRARA

Il/la sottoscritto/a

COGNOME

(le donne coniugate indicano il cognome da nubile)

NOME

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARTITA IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ISCRITTO ALL’ALBO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO A PROV. IL

RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. STATO

INDIRIZZO C.A.P.

In possesso del seguente titolo di studio:

* Laurea prevista dagli ordinamenti didattici previgenti al DM 509/1999

Conseguita in data Presso l’Università di

* Laurea specialistica conseguita ai sensi del DM 509/99 in

conseguita nella classe n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(denominazione classe)*

Conseguita in data Presso l’Università di

* Laurea magistrale conseguita ai sensi del DM. 270/04 in

conseguita nella classe n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(denominazione classe)*

Conseguita in data Presso l’Università di

PER I SOLI INSEGNAMENTI SSD da MED/45 a MED/50:

* Laurea triennale conseguita ai sensi del DM 509/1999 o del DM 270/04

conseguita nella classe n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(denominazione classe)*

Conseguita in data Presso l’Università di

* Titolo previgente al DM 509/1999 DA SPECIFICARE

Conseguito in data Presso l’Università di

chiede di partecipare alla selezione pubblica per titoli per il conferimento di un incarico di insegnamento

Dipartimento:

Corso di Laurea:

Insegnamento:

Settore scientifico-disciplinare:

Crediti:

Tipo di corso:

Durata:

Il/la sottoscritto/a dichiara di eleggere quale recapito ai fini della procedura selettiva il seguente indirizzo:

PRESSO

INDIRIZZO  C.A.P.

COMUNE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV.  STATO

TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E -MAIL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione del recapito stesso.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

1 di non avere un rapporto di coniugio ovvero un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgico Specialistiche ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Ateneo.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente:

1) copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale;

2) curriculum in duplice copia della propria attività scientifica, didattica e professionale.

Luogo e data

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_