



Dipartimento Universitario Clinico di Scienze mediche, chirurgiche e della salute

Al Coordinatore del Corso di Laurea /Master/Direttore della Scuola di Specializzazione:

CdL MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA -Coordinatore: Prof. Renzo CARRETTA Segreteria del CdL – N. Fax: 040 3994686
CdL MAGISTRALE IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA -Coordinatore: Prof. ssa Milena CADENARO UCO di Cl. Odonto. e Stomat., Osp. Maggiore, piazza Ospedale 1, N° Fax: 040/3992665
CdL IN INFERMIERISTICA (Professione Sanitaria) -Coordinatore: Dott.ssa Michela ZANETTI Segreteria del CdL, Polo Didattico di Piazzale Valmaura 9 -N° Fax: 040/828063 – 0481/487557
CdL IN OSTETRICIA (Professione Sanitaria) -Coordinatore: Prof. Giuseppe RICCI Segreteria del CdL, Polo Didattico Piazzale Valmaura 9, N° Fax: 040/828237
CdL IN FISIOTERAPIA (Professione Sanitaria) -Coordinatore: Dott. Roberto VALENTINI Segreteria del CdL, I.T.I.S., via Pascoli 31 -N° Fax: 040/6760821
CdL IN TECNICHE DI LABORATORIO BIOMEDICO (Professione Sanitaria) Coordinatore: Prof. Fabrizio ZANCONATI -Segr.del CdL, Polo Didattico P.zzle Valmaura 9 -N° Fax: 040/828063
CdL TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA (Professione Sanitaria) Coordinatore: Dott. Emilio QUAIÀ, Segret. del CdL, Polo Didattico di P.Valmaura 9-N° Fax: 040/828063-040/910921
CdL IN IGIENE DENTALE (Professione Sanitaria) -Coordinatore: Prof. Daniele ANGERAME UCO di Clinica Odontoiatrica e Stom., -Osp. Maggiore, via piazza Ospedale 1 -N° Fax: 040/3992665 -040/828063
CdL (INTERATENEO) IN TECNICHE DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO (Professione Sanitaria) -Coordinatore: Prof. ssa Francesca LARESE-FILON -UCO Med.del Lavoro, Osp.Maggiore, via Pietà 19 -N°Fax: 040/368199 -040/828063
Al Direttore del MASTER in.....(vedi riferimenti sul Bando) -n° FAX:(vedi riferimenti sul Bando)
Al Direttore della SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE in.....(vedi riferimenti sul Bando) -n° FAX:(vedi riferimenti sul Bando)

Il sottoscritto.....

Nato a prov. il

Codice fiscale

Residente a prov. CAP.....

Vian.





Dipartimento Universitario Clinico di Scienze mediche, chirurgiche e della salute

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni (da compilare solo se diverso dalla residenza):
.....

Recapiti telefonici

Recapito e-mail:

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura comparativa per il conferimento di un incarico di prestazione d'opera intellettuale presso il citato Corso di Studio, afferente al Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute, di cui all'avviso prot. dd. ...

per l'attività formativa complementare di tipo teorico-pratico a supporto dell'insegnamento di

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 DPR 445/00),

DICHIARA

- a) di essere cittadino
- b) di essere in possesso del seguente titolo di studio:
conseguito nell'anno presso
con il punteggio di
- c) di **NON** avere grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore (di IA o IIA fascia) afferente a codesto Dipartimento ovvero con il Magnifico Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo, ex art.18, c.1, lett.b) e c), L.240/2010.

Allega alla presente:

- un curriculum vitae et studiorum **sottoscritto in originale**, unitamente a una fotocopia fronte/retro di carta di identità in corso di validità;
- [altri documenti e titoli]

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che l'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella





Dipartimento Universitario Clinico di Scienze mediche, chirurgiche e della salute

domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Il sottoscritto si impegna a notificare tempestivamente le eventuali variazioni del recapito sopra indicato che dovessero intervenire successivamente alla data di presentazione della presente domanda.

Il sottoscritto autorizza l'Università degli Studi di Trieste ad utilizzare i dati contenuti nella presente domanda ai fini della gestione della procedura selettiva, ai sensi delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione dell'avviso di selezione di cui trattasi.

Trieste,

Firma

