

ALLEGATO.....

CORSO DI LAUREA DI \_\_\_\_\_  
SEDE DI \_\_\_\_\_

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

**DISCIPLINE ATTIVATE PRESSO L'UNIVERSITA' DEL PIEMONTE ORIENTALE**

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 responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze per le eventuali dichiarazioni false, quanto segue:

- di essere attualmente in servizio in qualità di dipendente presso la seguente struttura sanitaria  
\_\_\_\_\_ (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 tre 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.**

Arrivo: AOO ASLVC, N. Prot. 0002939 del 19/01/2024

1.v, FTEMP.ft, 1638.nd