

CORSO DI LAUREA IN _____
SEDE DI _____

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

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 in _____
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-mail)
- 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. 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.