

DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DI UN INCARICO DI INSEGNAMENTO
RISERVATO AL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
PER ATTIVITÀ DI INSEGNAMENTO

Al Presidente del Collegio didattico
del Corso di Laurea/Laurea Magistrale in

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/p.zza/c.so _____ n° _____
(*indicare residenza/e dal 1° gennaio dell'anno in corso alla data di presentazione della domanda*)
tel./cell. _____ e-mail: _____ codice fiscale _____
professione/qualificazione professionale _____ dipendente della Struttura Sanitaria

_____ ovvero di avere un rapporto di collaborazione, specificandone la tipologia, con la Struttura Sanitaria _____
nell'ambito del rapporto convenzionale stipulato tra l'Università degli Studi di Milano e la Struttura sanitaria di appartenenza sede del Corso di Laurea (anche per mezzo di convenzioni subordinate tra la Struttura Sanitaria sede del Corso di Studio e la Struttura sanitaria di appartenenza del Candidato)

CHIEDE

di partecipare alla selezione riservata al personale del servizio sanitario regionale dipendente per l'attribuzione mediante contratto senza oneri per l'Ateneo (contratto gratuito SSR) a tempo determinato, dell'insegnamento di

_____ (ore _____), Corso di Laurea/Laurea Magistrale in: _____,
A.A. 20___/20___.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o mendaci richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere in possesso del titolo di Dottore di ricerca (o titolo equivalente conseguito all'estero) in _____ conseguito il _____ presso _____;
- di essere in possesso della seguente specializzazione (o titolo equivalente conseguito all'estero) in _____ conseguito il _____ presso _____;
- di essere in possesso del titolo di Laurea/Laurea Magistrale (o titolo equipollente o equivalente conseguito all'estero) in _____ conseguito il _____ presso _____;

DICHIARA, inoltre

- di non avere un rapporto di coniugio, un rapporto di unione civile o di convivenza ai sensi della legge n. 76 del 20.5.2016, un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore o ricercatore appartenente al Dipartimento proponente, con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione;
- di non aver riportato condanne penali o non avere procedimenti o processi penali pendenti;

Il sottoscritto esprime inoltre, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016, il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati per gli adempimenti connessi alla presente procedura selettiva.

Data, _____

In fede

Allega:

- Nulla osta dell'Azienda allo svolgimento dell'attività didattica in oggetto ai sensi del *Protocollo di intesa tra Regione Lombardia e Università degli Studi di Milano per la stipula di Convenzioni relative ai Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie* del 18 gennaio 2006.
(Copia della richiesta di nulla osta, da integrare successivamente con la documentazione rilasciata dalla propria Amministrazione);
- fotocopia di un documento di riconoscimento e del codice fiscale;
- curriculum vitae (formato EU) datato e firmato;
- elenco pubblicazioni datato e firmato (massimo 5).