



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

FAC-SIMILE DI DOMANDA

ALLEGATO "A"

**AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI
SCIENZE MEDICHE CHIRURGICHE E NEUROSCIENZE**

I sottoscritt_ _____

nat_a _____ il _____

cittadinanza _____

codice fiscale _____

residenza anagrafica:

Comune _____ Località _____

via _____ n. _____ c.a.p. _____

domicilio *(compilare se diverso dalla residenza):*

Comune _____ Località _____

via _____ n. _____ c.a.p. _____

tel./cell. _____ e-mail _____

chiede

Per Le Scuole di Specializzazione a.a. 2017/2018 da svolgersi nell'a.a.2018/2019 Il conferimento

dell'insegnamento di:

Scuola di specializzazione

presso il Dipartimento di **Scienze mediche Chirurgiche e Neuroscienze** di cui all'avviso del giorno **8 ottobre 2018**

a tal fine dichiara

- di essere dipendente della seguente azienda del SSN: _____

con i seguenti requisiti specifici:

Titolo di studio _____

- titolo di specializzazione della disciplina oggetto dell'incarico
 - analoghi incarichi di insegnamento pregressi
 - esperienza professionale almeno decennale in attività attinenti all'insegnamento oggetto dell'incarico
- di non avere un rapporto di coniugio ovvero un grado di parentela o di affinità fino al quarto grado, con un professore appartenente ai dipartimenti o alle strutture di riferimento dei corsi formativi, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo.

Consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alle situazioni sopra descritte.

I sottoscritt_ allega alla presente domanda:

- curriculum vitae in **formato europeo**
- elenco dettagliato dei documenti e dei titoli e delle pubblicazioni scientifiche.
- ogni altro elemento idoneo a verificare il superamento di almeno uno degli indicatori ASN relativi ai professori associati nel Settore scientifico disciplinare di riferimento

FIRMA _____

Data _____