ALL.1

Bando D01/17

AL **Direttore del Dipartimento di**

**Internistica Clinica e Sperimentale**

**"F. Magrassi"**

Il/la sottoscritto/a……………………………………………….nato/a ……………………….(……..) il…………………… e residente in………………………………………………………………….(…….) via/piazza ……………………………………….………… n……….tel.………………………codice fiscale……………………………………………… in servizio presso il Dipartimento di ………….

……………………………………….................……..….. Università di ………………………….……………….… con la qualifica di…………….………………………. per il S.S.D. ………………

## CHIEDE

il conferimento dell’incarico di insegnamento di …………………………………………………… .

S.S.D……..……ore…….......… presso il Dipartimento di Internistica Clinica e Sperimentale F. Magrassi.Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia.per l’A.A. 2017/2018.

A tal fine dichiara che, nel caso in cui venisse proposto per il conferimento del predetto incarico di non superare il limite di 250 ore per anno accademico, di cui non più del 50% del predetto limite svolto presso altro Ateneo, come stabilito dall’art. 13 del Regolamento per la disciplina degli incarichi didattici emanato con D.R. n. 803 del 05/08/2013.

Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare le disposizioni contenute nel relativo avviso di vacanza, in particolare per quanto concerne la durata ed il relativo trattamento retributivo. Tale incarico di insegnamento sarà, comunque, conferito a titolo gratuito se rientra nei limiti del proprio impegno orario annuale.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del Regolamento di Ateneo per la disciplina degli incarichi didattici emanato con D.R. n. 803 del 05/08/2013.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi della L. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni, per le finalità di gestione degli incarichi di insegnamento.

**Ai sensi dell’art. 15 co. 1 del D.Lgs. 33/2013 con la partecipazione al bando, il soggetto che risulterà vincitore della selezione, in caso di sottoscrizione del successivo contratto autorizza l’Amministrazione conferente alla pubblicazione del C.V. sui siti istituzionali di Ateneo.**

# Luogo e data …………………………….. FIRMA del DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità e copia del nulla osta/ richiesta presentata all’Amministrazione di appartenenza