

Allegato A

Al Coordinatore del Corso di Studio in

Il/La sottoscritto/ _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Via _____

Tel _____ e-mail _____

CF _____

SSD _____ Matricola _____

Categoria di appartenenza:

- personale non docente universitario** dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria dell'Università di Messina in servizio presso l'AOU "G. Martino"
- il personale dei ruoli tecnici e sanitari del servizio sanitario regionale** in servizio presso l'AOU "G. Martino"
- il personale dei ruoli tecnici e sanitari del servizio sanitario regionale** in servizio presso l'IRCSS Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo"

CHIEDE

- Il conferimento/contratto, a titolo gratuito e per l'A.A. 2023/24, del/i seguenti insegnamento/i:

ID	Attività Didattica	Anno	Sem.	SSD	CFU	Ore

- Attività di tutorato

Scelta	Corso di Studio
•	Infermieristica
•	Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica
•	Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva

Il/La sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità a svolgere la suddetta supplenza o contratto a titolo gratuito.

Inoltre, ai fini del conferimento dell'insegnamento ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del citato decreto e dalle leggi speciali in materia, consapevole altresì che in caso di dichiarazione mendace saranno revocati i benefici concessi

Allega:

- Curriculum Vitae sottoscritto
- Documento di identità in corso di validità

Data, _____

_____ Firma