

ALLEGATO B1

AL PRESIDENTE DELLA SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

OGGETTO: UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II - DOMANDA DI AFFIDAMENTO INCARICO DIDATTICO

-Biennio accademico 2026/2028 cds in Ostetricia

- Anno accademico 2026/2027 Cds in Tecniche della prevenzione negli ambienti e luoghi di lavoro

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

CAP _____ in Via _____ n° _____

☐ **Dipendente ASL/AO/IRCCS _____**

☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato

☐ **In servizio presso :**

☐ Presidio Ospedaliero _____ ☐ Dipartimento _____

☐ Distretto _____ ☐ Funzione Centrale/Servizio _____

U.O. _____ qualifica _____

Telefono _____ Cell. _____ e mail _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura per l'affidamento del seguente incarico didattico (riportare i dati così come indicati negli elenchi allegati all'avviso)

N. Rif (I colonna allegato A) _____ sp

Corso di Laurea in

Sede Didattica di

Corso Integrato

Disciplina

SSD

Anno _____ **Semestre** _____

Continuità didattica nello stesso Corso Integrato ? **Si** ☐ **No** ☐

In considerazione delle modifiche agli ordinamenti didattici previste, si specifica che gli incarichi conferiti resteranno validi fino all'eventuale modifica degli ordinamenti vigenti

Luogo e data _____

_Firma _____

ALLEGATO B2

CURRICULUM STUDI		
☐ LAUREA VECCHIO ORDINAMENTO SPECIALISTICA O MAGISTRALE IN		
		CON VOTAZIONE
CONSEGUITA NEL	PRESSO	
☐ LAUREA TRIENNALE IN		
		CON VOTAZIONE
CONSEGUITA NEL	PRESSO	
☐ ALTRA LAUREA		
☐ SPECIALIZZAZIONE IN		
CONSEGUITA NEL		DURATA ANNI
☐ SPECIALIZZAZIONE IN		
CONSEGUITA NEL		DURATA ANNI
DOTTORATO IN		
CONSEGUITO NEL		DURATA ANNI
☐ MASTER DI I LIVELLO IN		
CONSEGUITO NEL	PRESSO	
☐ MASTER DI II LIVELLO IN		

CONSEGUITO NEL	PRESSO
? ALTRI TITOLI UNIVERSITARI ATTINENTI (NO ECM)	

ALLEGATO B3

INSEGNAMENTO CORSO UNIVERSITARIO STESSO SETTORE				
INSEGNAMENTO	CFU	CORSO DI STUDI	UNIVERSITA'	ANNO

ALLEGATO B4

INSEGNAMENTO CORSO UNIVERSITARIO SETTORE DIVERSO				
INSEGNAMENTO	CFU	CORSO DI STUDI	UNIVERSITA'	ANNO

ALLEGATO B5

ATTIVITA' DI TUTOR IN TIROCINIO TECNICO PRATICO NEI CORSI DI LAUREA			
ASL/AO/IRCSS	SEDE	REPARTO	ANNO

ALLEGATO B6

PUBBLICAZIONI IN EXTENSO SU RIVISTE NAZIONALI E INTERNAZIONALI		
TITOLO	RIVISTA/CASA EDITRICE	ANNO

ALLEGATO B6

ABSTRACT/COMUNICAZIONI A CONGRESSO		
TITOLO	RIVISTA/CASA EDITRICE	ANNO

ALLEGATO B7

ATTIVITÀ LAVORATIVA		
AMBITO CLINICO/ASSISTENZIALE/ORGANIZZATIVO	UNITÀ OPERATIVA/SERVIZIO	ANNI

Il/La sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità a svolgere l'incarico secondo le esigenze organizzative del Polo Didattico, a garantire gli obiettivi formativi, secondo quanto previsto dall'Ordinamento Didattico dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, nonché a garantire l'applicazione delle norme di disciplina previste dal Regolamento del Polo Didattico.

Il/La sottoscritto/a ai sensi del D. Lgs. 196/2003, autorizza l'ASL/AO/IRCCS di cui è dipendente e l'Università degli Studi di Napoli Federico II al trattamento dei propri dati personali, al fine degli adempimenti per l'espletamento della procedura stessa.

Il/La sottoscritto/a dichiara che la presente istanza ed i relativi allegati sono stati redatti ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28.12.2000 e dichiara, sotto la propria responsabilità di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Si allega documento di identità.

In fede

Data _____

Firma _____