UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

Allegato "B"

Al Magnifico Rettore
dell'Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Alvaro del Portillo, 21
00128 Roma

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI ATTIVITA' DIDATTICA INTEGRATIVA MEDIANTE AFFIDAMENTO

Il/la sottoscritto/a_____nato/a a_____il_____

residente a _____in via _____

cap _____ e-mail _____ tel. abitazione _____

tel. Università _____, tel. cellulare _____

C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐,

☐ professore di I fascia
☐ professore di II fascia
☐ ricercatore non confermato
☐ ricercatore confermato
☐ ricercatore a tempo determinato

settore scientifico-disciplinare _____ presso la Facoltà di _____

_____ dell'Università di _____

CHIEDE

che gli/le venga conferito il seguente affidamento di attività didattica integrativa per l'anno accademico 2014/2015, bandito con Decreto Rettorale n. 20 del 04/02/2015.

presso la Facoltà Dipartimentale di Medicina e Chirurgia

corso di laurea:
☐ **Magistrale in Scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione Umana**

corso di laurea:
☐ **Scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione Umana**

Insegnamento _____

Anno di corso: ☐ - **I** ☐ - **II** ☐ - **III** ☐ - **IV** ☐ - **V** ☐ - **VI**

Il sottoscritto dichiara di non trovarsi in uno dei casi di incompatibilità previsti dal bando.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Roma

In fede

_____

UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

Allegato "B"

Al Magnifico Rettore
dell'Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Alvaro del Portillo, 21
00128 Roma

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI ATTIVITA' DIDATTICA INTEGRATIVA MEDIANTE CONTRATTO DI DIRITTO PRIVATO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

cap_____e-mail_____ tel. abitazione _____

tel. cellulare _____ qualifica _____

c.f. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐,

CHIEDE

di essere ammess_ alla selezione, di cui al bando emesso con Decreto Rettorale n. 20 del 04/02/2015, per il seguente incarico di attività didattica integrativa, per l'anno accademico 2014/2015:

presso la Facoltà Dipartimentale di Medicina e Chirurgia

corso di laurea:
☐ **Magistrale in Scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione Umana**

corso di laurea:
☐ **Scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione Umana**

Insegnamento _____

Anno di corso: ☐ - **I** ☐ - **II** ☐ - **III** ☐ - **IV** ☐ - **V** ☐ - **VI**

Il sottoscritto dichiara di non trovarsi in uno dei casi di incompatibilità previsti dal bando.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Roma

In fede

_____