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 INSEGNAMENTO 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 _____

C H I E D E

che gli/le venga conferito il seguente affidamento di corso ufficiale per l'anno accademico 2015/2016, bandito con Decreto del Rettore n. 111 del 05/06/2015.

presso la Facoltà Dipartimentale di Medicina e Chirurgia

corso di laurea:
☐ **Magistrale in Medicina e Chirurgia**

corso di laurea:
☐ **Infermieristica**

corso di laurea:
☐ **Tecniche di Radiologia medica per Immagini e Radioterapia**

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

_____