*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 ricercatore confermato

professore di II fascia ricercatore a tempo determinato

ricercatore non confermato

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 2017/2018, bandito con Decreto Rettorale n. 145 del giorno 29/05/2017.

**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:

**Scienze dell’Alimentazione e della Nutrizione Umana**

**Insegnamento** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anno di corso:**  **- I - II - III - V**

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 |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |