



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Allegato A

Dipartimento di Scienze del Farmaco

Al Direttore
del Dipartimento di Scienze del Farmaco
L.go Donegani, 2
28100 Novara

La/ il sottoscritto/a _____

nata/o a _____ il _____ tel. _____

residente in _____ CAP _____

via _____ n. _____ e-mail _____

stato civile: celibe/nubile coniugata/o divorziata/o vedova/o

separata/o legalmente ed effettivamente

Codice fiscale _____

Livello di istruzione: Laurea in _____

Dottorato di ricerca Specializzazione medica Abilitazione

Occupato presso

(specificare qualifica e nome e indirizzo Ente pubblico/Azienda di appartenenza)

Disoccupato

Libero professionista Partita IVA n. _____

Altro

fa istanza per ottenere il conferimento per contratto a titolo retribuito ai sensi dell'art. 23 c.2 della Legge 240/2010

dell'attività di didattica integrativa dell'insegnamento di _____

n. ore _____ per il Corso di Studio in _____

presso il Dipartimento di Scienze del Farmaco dell'Università degli Studi del Piemonte Orientale per l'a.a. 2022/2023.

Data

Firma

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e successive modificazioni ed integrazioni. Il sottoscritto, inoltre, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 s.m.i. nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non corrispondenti a verità

DICHIARA

sotto la sua personale responsabilità che tutto quanto riportato nella presente domanda e negli allegati a corredo della stessa corrisponde al vero.

Data

Firma

La presente dichiarazione deve essere corredata da:

- Copia leggibile del documento di identità e del codice fiscale
- *Curriculum vitae in formato europeo* con sopra riportato l'elenco delle pubblicazioni scientifiche
- *Nulla-osta* (per i dipendenti di pubbliche amministrazioni)