



Torino, 24 maggio 2017

Al Direttore Generale  
di tutte le Strutture convenzionate con la Scuola

Gli interessati dovranno presentare domanda, vidimata per approvazione dal Direttore Generale dell'Azienda di appartenenza e corredata di proprio curriculum **entro e non oltre il 3 giugno 2017**:

- A mano alla Segreteria della Scuola di Ortopedia e Traumatologia, Presidio CTO, Via Zuretti, 29, 1° piano;
- via fax al n. 011/6933760 unitamente a un documento d'identità;
- tramite email agli indirizzi [mariella.pautasso@unito.it](mailto:mariella.pautasso@unito.it)

La domanda dovrà essere redatta su apposito modulo che si allega alla presente.

Si invita a dare la massima diffusione della presente lettera e degli allegati.

Cordiali saluti

Il Direttore della Scuola  
Prof. ssa Roberta Siliquini

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. Siliquini', written over the typed name of the director.



**ELENCO AFFIDAMENTI A DOCENTI OSPEDALIERI PER LE DISCIPLINE ATTIVATE PER L'A.A. 2016-2017  
PER LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA**

**A.A. 2016/2017**

**1° ANNO**

- 1) DISCIPLINA: Metodologie di rilevazione dei dati Socio Sanitari I (1 CFU) 7 ore lezione

**2° ANNO**

- 1) DISCIPLINA: Metodologie di Rilevazione dei Dati Socio Sanitari I (1 CFU) 7 ore lezione

**3° ANNO**

- 1) DISCIPLINA: Programmazione e Organizzazione dei servizi sanitari territoriali (3 CFU) 21 ore lezione
- 2) DISCIPLINA: Programmazione e Organizzazione dei servizi sanitari ospedalieri (3 CFU) 21 ore lezione

**4° ANNO**

- 1) DISCIPLINA: Igiene Generale e Applicata - Programmazione e Organizzazione dei servizi sanitari territoriali (1 CFU) 7 ore lezione
- 2) DISCIPLINA: Igiene Generale e Applicata – Educazione sanitaria (1 CFU) 7 ore lezione



**MODULO DI DOMANDA PREDISPOSTO DALLA SEGRETERIA DELLA SCUOLA PER  
L'AFFIDAMENTO DI DISCIPLINE ATTIVATE PER L'A.A. 2016-2017 DESTINATE AL  
PERSONALE DOCENTE OSPEDALIERO**

Al Direttore della Scuola di  
Specializzazione in Igiene e Medicina  
Preventiva  
Prof. ssa Roberta Siliquini

Il/La sottoscritt\_\_ Prof./Dr. \_\_\_\_\_

in servizio presso l'Azienda Ospedaliera (indicare la denominazione, la sede e la S.C. in cui si svolge  
l'attività)

\_\_\_\_\_

convenzionata con la Scuola in oggetto, con la qualifica di \_\_\_\_\_

preso atto dell'elenco delle discipline attivate per l'anno accademico 2016/2017 e messe in affidamento,

CHIEDE

di poter ricoprire, senza oneri aggiuntivi a carico dell'Università, la disciplina:

\_\_\_\_\_

Settore Scientifico disciplinare \_\_\_\_\_ prevista al \_\_\_\_\_ anno di corso per un

totale di \_\_\_\_\_ ore ( 1 CFU corrisponde a 7 ore)

CFU \_\_\_\_\_

Numero telefonico \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

Il sottoscritto allegato alla presente il proprio curriculum.

In fede

\_\_\_\_\_

Torino, \_\_\_\_\_