

ALLEGATO.....

CORSO DI LAUREA IN \_\_\_\_\_  
SEDE DI \_\_\_\_\_

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

**DISCIPLINE ATTIVATE PRESSO L'UNIVERSITA' DEL PIEMONTE ORIENTALE**

Al Direttore Generale  
Azienda \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_,

Via/C.so \_\_\_\_\_

chiede \_\_\_\_\_ l'affidamento \_\_\_\_\_ della

**DISCIPLINA/MODULO** \_\_\_\_\_

Corso Integrato/Insegnamento \_\_\_\_\_

del corso di Laurea in \_\_\_\_\_

Anno di corso \_\_\_\_\_ Semestre \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_ .

A tale proposito dichiara, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze per le eventuali dichiarazioni false, quanto segue:

- di essere attualmente in servizio in qualità di dipendente presso la seguente struttura sanitaria

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(indicare Azienda, Sede e Divisione, Indirizzo, Tel, e-mail)

- di essere in possesso del profilo professionale di \_\_\_\_\_  
corrispondente alla disciplina per la quale si chiede l'affidamento;

- di aver maturato tre anni di anzianità di servizio in strutture sanitarie.

Si allega curriculum formativo e professionale, datato e sottoscritto (compilato secondo le modalità indicate nel bando)

(firma)

\_\_\_\_\_

-----  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(per eventuali comunicazioni: indirizzo (qualora diverso dalla residenza) – Tel. e-mail)

**N.B. Il presente modulo deve essere compilato per ciascuna richiesta di insegnamento di cui si chiede l'affidamento.**

**Le domande cumulative di insegnamento non saranno prese in considerazione.**

**Ogni domanda dovrà essere corredata dal relativo curriculum.**