

DIRETTORE GENERALE
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
SS. ANTONIO E BIAGIO E CESARE ARRIGO
ALESSANDRIA

**PERSONALE APPARTENENTE AL
PROFILO PROFESSIONALE ATTINENTE ALLE DIVERSE DISCIPLINE**

DIDATTICA DI COMPLEMENTO

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ Via/C.so _____

tel. _____ e-mail/PEC _____

CHIEDE

l'affidamento dell'ATTIVITÀ DI COMPLEMENTO

.....
.....
.....

per n. ore.....Anno.....Semestre.....

PROFILO PROFESSIONALE RICHIESTO

.....
.....

CORSO INTEGRATO DI

.....

DISCIPLINA

.....
.....

del corso di laurea in.....

sede formativa di.....

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

- di essere in servizio presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale e precisamente presso: _____
Struttura Operativa _____
- di non essere in servizio presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale ☐
- di essere in possesso del profilo professionale di: _____
attinente alla disciplina per la quale si chiede l'affidamento.

Si allega curriculum professionale, scientifico e didattico datato e sottoscritto.

Alessandria, _____

FIRMA

.....