**ALLEGATO A - Modulo candidatura docenze personale SSN (A.A. 2020/2021)**

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

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email aziendale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso l’azienda sanitaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare alla selezione indetta dall’Azienda…………………………. per la copertura di insegnamenti erogati nell’ambito dei corsi di studio coordinati dalla Scuola di Scienze della Salute Umana per il conferimento del/i seguente/i incarico/chi di insegnamento per l’A.A. 2020/2021 (numero massimo di candidature ammesse 3)

1. **Corso di Laurea**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ID record** | **Codice Insegnamento** | **Denominazione insegnamento** | **SSD**  | **n. CFU** | **Sede** |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Corso di Laurea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ID record** | **Codice Insegnamento** | **Denominazione insegnamento** | **SSD**  | **n. CFU** | **Sede** |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Corso di Laurea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ID record** | **Codice Insegnamento** | **Denominazione insegnamento** | **SSD**  | **n. CFU** | **Sede** |
|  |  |  |  |  |  |

Il sottoscritto dichiara altresì di essere interessato a ricoprire il ruolo:

* di **Direttore delle Attività Formative (DAF)** per il corso di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
essendo in possesso di abilitazione all’esercizio della professione nel profilo specifico del corso di laurea per il quale si manifesta il proprio interesse, unito alla laurea specialistica o magistrale della rispettiva classe e esperienza professionale non inferiore ai 5 anni nell'ambito della formazione;
* di **Formatore** per il corso di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
essendo il possesso di abilitazione all’esercizio della professione nel profilo specifico del corso di laurea per il quale si manifesta il proprio interesse ed esperienza professionale non inferiore a tre anni.

Il sottoscritto si impegna a conformarsi alle indicazioni contenute nella Linee guida attività in Ateneo come pubblicate sul web all’indirizzo <https://www.unifi.it/insiemeinsicurezza#linee_guida>

(data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

* 1. curriculum vitae (format Scuola SSU) – DA ALLEGARE UNA SOLA VOLTA **indipendentemennte dal numero di candidature**
	2. nullaosta rilasciato da Azienda Sanitaria di appartenenza
	3. informativa ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali
	4. copia del documento di identità