



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Al Presidente del Corso di Laurea:

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA IN MEDICINA E CHIRURGIA -Presidente: Prof. Enrico TONIN Segreteria del CdL c/o Segreteria della Presidenza di Facoltà – N. Fax: 040 912915	
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA -Presidente: Prof. Roberto DI LENARDA - c/o UCO di Cl. Odonto. e Stomat., Osp. Maggiore, via Stuparich 1, N° Fax: 040/3992665	
CORSO DI LAUREA TRIENNALE (INTERFACOLTA') IN BIOTECNOLOGIE -Presidente: Prof.ssa Giuliana DECORTI c/o Segreteria del CdL, Polo Didattico di Piazzale Valmaura 9 -N° Fax: 040/825980 -040/5582011	
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN BIOTECNOLOGIE MEDICHE -Presidente: Prof. Gabriele Grassi c/o Segreteria del CdL, Polo Didattico di Piazzale Valmaura 9 -N° Fax: 040/825980 -040/3994593	
CORSO DI LAUREA TRIENNALE (PROFESSIONE SANITARIA) IN INFERMIERISTICA -Presidente: Prof.ssa Gabriella SANDRI c/o Segreteria del CdL, Polo Didattico di Piazzale Valmaura 9 -N° Fax: 040/828063	
CORSO DI LAUREA TRIENNALE (PROFESSIONE SANITARIA) IN OSTETRICIA -Presidente: Prof. Giuseppe RICCI c/o Segreteria del CdL, Polo Didattico Piazzale Valmaura 9, N° Fax: 040/828237	
CORSO DI LAUREA TRIENNALE (PROFESSIONE SANITARIA) IN FISIOTERAPIA -Presidente: Prof. Giovanni FANCELLU c/o Segreteria del CdL, I.T.I.S., via Pascoli 31 -N° Fax: 040/6760821	
CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA (INTERATENEO) IN SCIENZE DELLA RIABILITAZIONE -Presidente: Prof. Franco MALLARDI - c/o Segreteria del CdL, I.T.I.S., via Pascoli 31 - N° Fax: 040/6760821 -0432/553438	
CORSO DI LAUREA TRIENNALE (PROFESSIONE SANITARIA) IN TECNICHE DI LABORATORIO BIOMEDICO Pres.: Prof. Luigi DI BONITO - c/o Segr.del CdL, Polo Didattico P.zzle Valmaura 9 -N° Fax: 040/3992256 -040/828063	
CORSO DI LAUREA TR. (PROF.SANITARIA) IN TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA Pres.: Prof. ssa Maria A. COVA -c/o Segret. del CdL,Polo Didattico di P.Valmaura 9-N° Fax: 040/828063-040/910921	
CORSO DI LAUREA TRIENNALE (PROFESSIONE SANITARIA) IN IGIENE DENTALE -Presidente: Prof. Milena CADENARO c/o UCO di Clinica Odontoiatrica e Stom., Osp. Maggiore, via Stuparich 1 -N° Fax: 040/3992665 -040/828063	
CORSO DI LAUREA TR. (INTERATENEO) (PROF. SANIT.) IN TECNICHE DELLA PREVENZIONE NELL'AMB. E NEI LUOGHI DI LAV. -Pres.:Prof.Corrado NEGRO -c/o UCO Med.del Lavoro, Osp.Maggiore, via Pietà 19 -N°Fax: 040/368199 -040/828063	
CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA (INTERATENEO) IN SCIENZE DELLA PREVENZIONE -Presidente: Prof. Massimo Bovenzi- c/o UCO Med. del Lavoro, Osp.Maggiore, via Pietà 19 -N° Fax: 040/368199	
Al Direttore del MASTER in.....-c/o..... -n° FAX:	

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a il.....
residente a....., via..... n°.....
N° telefonico:.....
Indirizzo E-Mail:.....
CODICE FISCALE:.....





UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Chiede al Chiar.mo Sig. Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia -Università di Trieste

che –ai sensi del Bando di vacanza prot. n°....., dd.....- gli/le venga conferito il seguente incarico di insegnamento per l'a.a.:

► *Disciplina di:*.....

S.S.D.

(*Corso Integrato di*.....),

Anno di corso:..... Semestre:... Numero ore insegnamento previste:..... CFU.....

nell'ambito del Corso di Laurea in.....

nell'ambito del Master in.....

Dichiara, a tal fine, di prestare servizio presso l'Ente.....

in qualità di.....

Consapevole, ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000, che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara di non trovarsi nelle situazioni d'incompatibilità previste nel predetto avviso di vacanza.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di presentare in allegato alla domanda:

- 1) Il Curriculum della propria attività didattica, scientifica e professionale.
- 2) I seguenti documenti e titoli ritenuti utili ai fini della selezione:

.....

Firma

.....

Data.....



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Facoltà di Medicina e Chirurgia

NULLA OSTA ALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DIDATTICA
RILASCIATO DALL'ENTE DI APPARTENENZA

Spett.le

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

Oggetto: richiesta di nulla osta per conferimento di incarichi retribuiti ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs.165/2001.

In adempimento di quanto previsto dalla normativa in oggetto, il sottoscritto
.....
chiede il rilascio del nulla osta allo svolgimento per l'a.a.dell'insegnamento di
.....
presso la Facoltà didell'Università degli Studi di Trieste.

Si precisa che l'insegnamento verrà svolto nell'a.a.per un numero di
ore di lezioni, nel periodo dalal
(sono inoltre previsti gli ulteriori obblighi istituzionali connessi con la titolarità del corso nonché
la partecipazione alle sessioni d'esame, fino al *).

Si precisa inoltre che -come previsto dal comma 10 dell'art. 53 del D. Lgs. 165/2001-decorsi
i termini lì previsti, in assenza di Vostra comunicazione l'autorizzazione si intenderà rilasciata.

Distinti saluti,

Firma:.....

(*) indicazioni per il docente:
in caso di conferimento di attività tecnico pratiche, attività integrative, o esercitazioni, il predetto periodo va riportato esclusivamente per la parte relativa alla partecipazione agli esami e solo se richiesto dalla Facoltà.

