

**Allegato 1**

**Al Direttore del Dipartimento di  
Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate,  
Piazza Miraglia, n. 2, Pad. 2, Lato Ovest  
80138 – Napoli**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_  
n \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ in servizio presso il Dipartimento  
di \_\_\_\_\_  
Università di \_\_\_\_\_ con la qualifica  
di \_\_\_\_\_ per il S.S.D. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il conferimento dell'incarico di **supplenza a titolo gratuito di ANATOMIA PATOLOGICA – S.S.D. MED/08 - di 62,5 ore – 5 CFU – nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia – sede di Caserta, presso il Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate, per l'A.A. 2019/2020.**

Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare le disposizioni contenute nel relativo avviso di vacanza ed in particolare la durata ed il trattamento gratuito dell'incarico, oltre a non avere conflitti di interesse né sovrapposizioni di funzioni e cumuli di incarichi che impediscono il normale svolgimento dell'attività oggetto dell'avviso ed a non superare il limite massimo del carico didattico istituzionale.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del Regolamento di Ateneo per la disciplina degli incarichi didattici emanato con D.R. n 803 del 05/08/2013.

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di aver presentato all'Ufficio Amministrativo del Dipartimento il curriculum e la relativa documentazione prevista dall'avviso di vacanza.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi della D.Lgs. n. 196/2003, del D.Lgs n. 101/2018 e successive modificazioni e integrazioni, per le finalità di gestione degli incarichi di insegnamento.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**FIRMA del DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

***Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità e copia del nulla osta/richiesta presentata all'Amministrazione di appartenenza.***