

Al Direttore del Dipartimento di
 FARMACIA-SCIENZE DEL FARMACO
 Università degli Studi "Aldo Moro"
 Via E.Orabona, 4
 70124 - BARI

OGGETTO: richiesta incarico di insegnamento – Anno Accademico 2018-2019

Avviso di vacanza del _____

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

nato a _____ il _____

residente in _____ via _____ nr. _____

tel/cell. _____

codice fiscale _____

in servizio presso _____

con la qualifica di _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura di valutazione comparativa per l'affidamento, mediante contratto **a titolo oneroso**, del seguente insegnamento, per l'anno accademico **2018/2019**:

SSD	insegnamento	anno	sem	CFU	ore

Corso di studio	sede

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'avviso di vacanza del Dipartimento di Farmacia-Scienze del Farmaco del _____ e di accettarne le disposizioni e le relative condizioni.

All'uopo allega i seguenti titoli scientifici e didattici :

- 1) Curriculum vitae et studiorum
- 2) Elenco pubblicazioni
- 3) Programma del corso
- 4) Copia della richiesta di nulla osta (se dovuto)

Bari,

(firma)
