

Oggetto: Domanda per l'affidamento di insegnamenti A.A. 2026/2027

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ matricola _____ stipendiale _____ e-mail _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____ Qualifica:

ORDINARIO ☐ STRAORDINARIO ☐ ASSOCIATO ☐ RICERCATORE ☐ ASSISTENTE R.E. ☐

RICERCATORI A TEMPO DETERMINATO ☐

Settore Scientifico Disciplinare _____

Dipartimento di _____

dell'Università degli Studi di Palermo

CHIEDE l'affidamento del:

Modulo _____

Corso Integrato _____

Corso di Laurea _____ **Sede formativa** _____

A tal fine **DICHIARA**, sotto la propria personale responsabilità:

- a)** che, in caso di affidamento dell'insegnamento, trasmetterà il nulla-osta rilasciato dalla struttura di appartenenza;
- b)** di avere preso personalmente visione del presente bando (a.a. 2026/2027) emanato dalla Scuola di Medicina e Chirurgia – Scadenza entro le ore 12:00 del 19/08/2026;

di assumere l'affidamento dell'insegnamento **a titolo gratuito/retribuito**.

Palermo, li _____

FIRMA

COMPILARE IN STAMPATELLO