

ALLEGATO A

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale TO4

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____, il _____

Codice Fiscale _____

residente in _____ CAP _____

Via/C.so _____ Tel _____

cellulare _____ indirizzo mail _____

☐ Dipendente ASL TO4 – IVREA

Struttura/servizio di appartenenza _____

☐ Dipendente altra Azienda/Ente (Ragione sociale)

Indirizzo _____

☐ Libero professionista _____

chiede l'inserimento nell'elenco dei collaboratori alla didattica per il modulo:

relativa all'anno di corso _____ semestre _____

del Corso di Laurea in _____

A tale proposito dichiara, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze per eventuali dichiarazioni false, quanto segue:

☐ **di essere in possesso di laurea attinente alla disciplina** _____

Si allega:

- curriculum datato e sottoscritto
- documento d'identità

Luogo e data, _____ firma _____

(Indirizzo e numero telefonico e-mail per eventuali comunicazioni, qualora diverso dalla residenza)

N.B. Il presente modulo deve essere compilato per ciascuna richiesta relativa alla disciplina di cui si chiede l'inserimento nell'elenco. In caso di domande cumulative nello stesso modulo si terrà conto solo della prima disciplina che compare nella richiesta.

Ogni domanda dovrà essere corredata dal relativo curriculum datato e firmato.