

**Al Direttore della Scuola di Specializzazione
in Chirurgia Vascolare**

Il/La sottoscritto/a _____

- in qualità di Professore di 1° fascia a tempo pieno**
- in qualità di Professore di 2° fascia a tempo pieno**
- in qualità di Ricercatore universitario a tempo pieno**

nato/a a _____ il _____ residente a
_____ in Via _____ n. civico
_____ afferente al _____ Dipartimento
di _____ Università di
_____ SSD _____
indirizzo email _____
n. telefonico _____

PRESENTA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ PER L’A.A. 2023/2024

per l’assegnazione a titolo gratuito dell’insegnamento di
_____, __anno di corso, TAF _____, Ambito
_____, SSD _____, n. CFU _____, della **Scuola di
Specializzazione in Chirurgia Vascolare**

ALLEGA

- Breve Curriculum Vitae
- l’autorizzazione del proprio Dipartimento se diverso da quello cui afferisce la Scuola di Specializzazione alla quale presenta la propria disponibilità.

Luogo e data _____

Il dichiarante
