**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. 2021/2022**

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**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**