

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

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 Toracica**

**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**

\_\_\_\_\_