

MODULO A/2011 (Docenti ospedalieri)

Anno Accademico 2011/2012

Al Presidente, **Prof. Maria Pia Villa**, del Corso di Laurea nelle Professioni Sanitarie per Infermieristica, Sede: Ospedale San Pietro.

Il sottoscritto ...
con la qualifica di
dipendente presso
chiede l'incarico di insegnamento di
nel corso integrato di
delanno,semestre nel **Corso di Laurea nelle Professioni Sanitarie di Infermieristica, sede: Ospedale San Pietro per l'anno accademico 2011/2012**

Dichiara di essere/non essere già stato docente nell'anno accademico 2010/2011 e che non sono intervenuti elementi di incompatibilità.

In relazione all'incarico eventualmente conferito, il sottoscritto è consapevole che esso è senza oneri per l'Università.

Firma

Roma,

Si concede nulla osta all'insegnamento di
corso integrato di
del anno, Semestre per il/la Dott./Dott.ssa

IL DIRETTORE GENERALE

.....

TIMBRO DELL'AZIENDA

MODULO B/2011 (Docenti universitari)

Anno Accademico 2011/2012

Al Presidente, **Prof. Maria Pia Villa** del Corso di Laurea nelle Professioni Sanitarie di **Infermieristica, Sede: Ospedale San Pietro.**

Il sottoscritto
con la qualifica di
chiede l'incarico di insegnamento di
nel corso integrato didel
..... anno, semestre nel **Corso di Laurea nelle Professioni Sanitarie di
Infermieristica sede: Ospedale San Pietro per l'anno accademico 2011/2012**

Dichiara di essere/non essere già stato docente nell'anno accademico 2010/2011

In relazione all'incarico eventualmente conferito, il sottoscritto è consapevole che esso è senza oneri per l'Università.

Firma

Roma, / /2011

MODULO C/2011 (Docenti universitari esterni)

Anno Accademico 2011/2012

Al Presidente, **Prof./Prof.ssa**..... del
Corso di Laurea nelle Professioni Sanitarie in INFERMIERISTICA, **Sede: Ospedale San Pietro**

Il sottoscritto
con la qualifica di
appartenente alla Facoltà di
dell'Università di
chiede l'incarico di insegnamento di
nel corso integrato di
del anno, semestre nel **Corso di Laurea nelle Professioni Sanitarie in
INFERMIERISTICA, sede: San Pietro per l'anno accademico 2011/2012**

Dichiara di essere/non essere già stato docente nell'anno accademico 2010/2011 e che
non sono intervenuti elementi di incompatibilità.

In relazione all'incarico eventualmente conferito, il sottoscritto è consapevole che esso è
senza oneri per l'Università.

Firma

Roma,

Si concede nulla osta all'insegnamento di
corso integrato di
del anno, Semestre per il/la Dott./Dott.ssa

IL PRESIDE

.....

IL RETTORE (o suo delegato)

.....

MODULO D/2011 (Professori a contratto integrativo)

Anno Accademico 2011/2012

Al Presidente, **Prof. Maria Pia Villa** del Corso di Laurea nelle Professioni Sanitarie di Infermieristica, Sede: Ospedale San Pietro.

Denominazione corso ufficiale:

Professore titolare

Periodo di svolgimento del corso anno, semestre ore lezioni n.

Cognome Nome

luogo e data di nascita

domicilio fiscale: via/piazza

CAP Città tel. fax

Codice fiscale

Il sottoscritto dichiara che non si trova in situazione di incompatibilità – ai sensi dell'art. 12 punto 8 della legge 19.11.90, n. 341 e art. 13 D.P.R. 382/80 e successive modifiche.

Il sottoscritto è consapevole che, se gli stanziamenti assegnati non fossero sufficienti, il contratto è da intendersi a titolo gratuito.

Attività svolta: lavoro dipendente lavoro autonomo

(riservato ai lavoratori dipendenti)

Amministrazione di appartenenza

Qualifica

Indirizzo Amministrazione via/piazza

Città CAP tel.

Firma

Roma,

Si concede nulla osta all'insegnamento di

corso integrato di

del anno, Semestre per il/la Dott./Dott.ssa

L'Amministrazione

.....

TIMBRO DELL'AZIENDA