

**AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE E DIAGNOSTICHE
INTEGRATE**

Il/La sottoscritto/a

Cognome																					
Nome																					
Comune di nascita																					
Provincia			Stato																		
Data di nascita			/			/					Cittadinanza										
Codice fiscale																					

RESIDENTE IN

Indirizzo																					
Comune																					
Provincia			Stato																		
C.A.P.																					

CON DOMICILIO (compilare solo se diverso dalla residenza)

FISCALE oppure ABITATIVO

Indirizzo																					
Comune																					
Provincia			Stato																		
C.A.P.																					

(se residente all'estero) codice identificativo estero: _____

Telefono																									
Telefono studio																									
Cellulare																									
E-mail																									

dipendente di un Ente pubblico

Denominazione _____
Indirizzo _____
CAP -CITTA' _____

dipendente di un'Azienda/ Ente privato

Denominazione _____
Indirizzo _____
CAP -CITTA' _____

libero professionista
(indicare l'attività)

altro

iscrizione a Cassa nazionale
di previdenza (specificare)

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO AL CONCORSO PER L'ATTRIBUZIONE DI UN CONTRATTO DI DIRITTO PRIVATO, AI SENSI DELL'ART.23 COMMA 2 LEGGE 240 DEL 30/12/2010, NELL'AMBITO DEL MASTER INTERNATIONAL DI II LIVELLO IN ADVANCED AESTHETIC AND RESTORATIVE DENTISTRY II ED

✓ PER LA SEGUENTE ATTIVITÀ:

(BARRARE IL PUNTO DELL'ATTIVITÀ DI INTERESSE O ELIMINARE CIÒ CHE NON È DI INTERESSE):

Barrare insegnamento	MODULO	SSD	MODALITA', DIDATTICA	PERIODO EROGAZIONE	LINGUA EROGAZIONE	ORE	RETRIBUZIONE ORARIA
	Fotografia in odontoiatria	EX MED 28 MEDS - 16/A	PRESENZA	AGOSTO 2025 DICEMBRE 2025	INGLESE	8	€ 100,00

DICHIARA CHE LA PRESTAZIONE SARA' RESA NELL'AMBITO DI
(indicare obbligatoriamente una delle 2 opzioni)

- ☐ un rapporto di **collaborazione coordinata e continuativa** (regime contributivo di cui all'articolo 2 comma 26 e seguenti della Legge 335/95 - Gestione Separata del lavoro autonomo)

oppure

- ☐ un **incarico professionale**

Partita IVA n.

Intestata a

CF

indirizzo

città

prov. ()

* * *

DICHIARA DI NON FREQUENTARE UN DOTTORATO O UNA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE NELL'ATENEIO GENOVESE O IN ALTRO ATENEIO

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA

Curriculum vitae (sottoscritto in ogni pagina)

☐

Titoli ritenuti utili ai fini della valutazione e relativo elenco (sottoscritto in ogni pagina)

☐

È A CONOSCENZA CHE L'INCARICO DI CUI SOPRA, SE ATTRIBUITO, ACQUISTERÀ EFFICACIA A DECORRERE DALLA DATA DI PUBBLICAZIONE DELLO STESSO SUL SITO WEB DELL'ATENEIO.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS n. 196/2003

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, l'Università degli Studi di Genova – Facoltà di Medicina e Chirurgia informa che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'art. 13 della normativa indicata, La informiamo che i dati personali, da Lei forniti, saranno raccolti e trattati nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi alla piena attuazione del rapporto di collaborazione con l'Università degli Studi di Genova. L'eventuale rifiuto a fornire i dati di cui sopra avrà come conseguenza l'impossibilità per l'Università di procedere alla formalizzazione dell'incarico di cui sopra.

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma del dichiarante _____