

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE E DIAGNOSTICHE INTEGRATE

Il/La sottoscritto/a

Cognome	<input type="text"/>																							
Nome	<input type="text"/>																							
Comune di nascita	<input type="text"/>																							
Provincia	<input type="text"/> <input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>																					
Data di nascita	<input type="text"/> <input type="text"/>	/	<input type="text"/> <input type="text"/>	/	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cittadinanza	<input type="text"/>																	
Codice fiscale	<input type="text"/>																							

RESIDENTE IN

Indirizzo	<input type="text"/>																							
Comune	<input type="text"/>																							
Provincia	<input type="text"/> <input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>																					
C.A.P.	<input type="text"/>																							

CON DOMICILIO (compilare solo se diverso dalla residenza)

FISCALE oppure ABITATIVO

Indirizzo	<input type="text"/>																							
Comune	<input type="text"/>																							
Provincia	<input type="text"/> <input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>																					
C.A.P.	<input type="text"/>																							

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

Telefono	<input type="text"/>																							
Telefono studio	<input type="text"/>																							
Cellulare	<input type="text"/>																							
E-mail	<input type="text"/>																							

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 Implementation Agreement between Faculty of Dentistry of AASMT and University of Genoa (Unige) Dipartimento: (DISC)

z PER LA SEGUENTE ATTIVITÀ:

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

SBARARE INSEGNAMENT	MODUL O	SSD	MODALIT A' DIDATTIC	PERIODO EGOGAZION	LINGUA EROGAZION	OR E	RETRIBUZION E
------------------------	------------	-----	---------------------------	----------------------	---------------------	---------	------------------

O			A	E	E		ORARIA
	Uso del Filler in odontoiatria	EX MED 28 MEDS - 16/A	PRESENZA Alamein (Egitto)	DA AGOSTO 2025 A DICEMBRE 2025	INGLESE	50	€ 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'ATENEO GENOVESE O IN ALTRO ATENEO

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'ATENEO.

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 _____