

**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 DI II LIVELLO IN MASTER DI II LIVELLO IN INTERNATIONAL MASTER IN LASER DENTISTRY V EDIZIONE PER LA SEGUENTE ATTIVITÀ:**

MODULO	SSD (disciplina)	N. ORE	IMPORTO LORDO ORARIO
Effetto antalgico biostimolante della luce laser: fondamenti della low level therapy	MED/28	8	€ 50,00

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