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,

MASTER IN MEDICINA ESTETICA I EDIZIONE
Indicare l'insegnamento di interesse:

BARRARE	MODULO	ORE	RETRIBUZIONE
	Marketing in medicina estetica.	6	€ 100,00/ora
	La Nutrigenomica.	3	€ 100,00/ora
	Principi di Dietologia.	6	€ 100,00/ora
	VLCKD (Very Low Calory Ketogenic Diet).	3	€ 100,00/ora
	Psicologia in medicina estetica.	6	€ 100,00/ora
	Tecniche anestesiologiche di base e gestione delle complicanze in un ambulatorio di medicina estetica.	4	€ 100,00/ora
	Anatomia normale della testa e del collo propedeutici alla Medicina Estetica.	4	€ 100,00/ora
	Anatomia topografica della testa e del collo propedeutici alla Medicina Estetica.	6	€ 100,00/ora
	Il termalismo.	4	€ 100,00/ora

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 – Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche - 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 _____