

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 Advanced aesthetic and restorative dentistry I edizione
Indicare l'insegnamento di interesse:

Barrare	Titolo	N° ore	Retribuzione oraria
	Mesenchymal Stem cells and dental regeneration	4	€ 25,00
	Fotobiomodulazione in odontoiatria	4	€ 25,00
	Implantologia protesicamente guidata	4	€ 25,00
	Microscopio operatorio in odontoiatria	4	€ 25,00
	Trattamento delle perimplantiti con luce laser	4	€ 25,00
	Rigenerazione ossea con PRF	4	€ 25,00
	I Laser in Odontoiatria Estetica	8	€ 25,00
	Condensazione laterale in endodonzia	4	€ 25,00
	Restauro del dente trattato Endodonticamente	4	€ 25,00
	Principi di adesione	50	€ 100,00
	Chirurgia muco-gengivale	4	€ 25,00
	I laser in endodonzia	4	€ 25,00
	Tecniche estrattive di ottavi	4	€ 25,00
	Criteri decisionali nella pianificazione implantare	4	€ 25,00
	Odontoiatria digitale	4	€ 25,00
	Tecniche di decontaminazione in endodonzia	4	€ 25,00
	Restauri indiretti nei settori anteriori	50	€ 100,00
	Restauri diretti nei settori anteriori e posteriori	100	€ 100,00
	Principi di occlusione e postura	4	€ 25,00
	Odontoiatria estetica e medicina legale	4	€ 25,00
	Strumentario in endodonzia	4	€ 25,00
	Piezochirurgia in odontoiatria	4	€ 25,00

Periodo di svolgimento settembre 2021 – settembre 2023

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 _____