

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 Implantologia e protesi implantare X edizione
Indicare l'insegnamento di interesse:

BARRARE	MODULO	SSD	ORE	RETRIBUZIONE
	La gestione dell'occlusione nel progetto protesico su impianti	MED/28	8	€ 25,00
	Radiologia tridimensionale in Odontoiatria	MED/28	4	€ 25,00
	Il ruolo dell'igienista dentale nella gestione del paziente riabilitato con protesi implantosupportate	MED/28	8	€ 25,00
	Il percorso odontotecnico dalle tecniche tradizionali alle nuove tecnologie	MED/28	4	€ 25,00
	L'anatomia chirurgica del mascellare superiore ed inferiore	MED/28	14	€ 25,00
	La riabilitazione implantare dei mascellari atrofici	MED/28	4	€ 25,00
	Le nuove tecnologie mini-invasive in implantoprotesi	MED/28	4	€ 25,00
	Procedure odontotecniche in implantoprotesi: estetica e funzione	MED/28	4	€ 25,00
	La gestione del tragitto transmucoso in implantoprotesi	MED/28	4	€ 25,00
	Procedure cliniche nel carico immediato	MED/28	16	€ 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 _____