



OSP.GEN.LE "S.GIOVANNI CALIBITA"
 FATEBENEFRAPELLI
 Isola Tiberina – 00186 Roma
 POLO DIDATTICO UNIVERSITARIO
 Tel. 06 6837429
 Fax 06 68370935
 gm.polo_didattico@fbf-isola.it



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA
 "TOR VERGATA"
 FACOLTA DI MEDICINA E CHIRURGIA
 LAUREE AREA SANITARIA
 Via Montpellier 1 – 00133 Roma
 Tel. 06 72596965 FAX 06 72596802
 laureatriennaletorvergata@gmail.com

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DELLA DOCENZA
 ANNO ACCADEMICO 2017/2018**

...L.... SOTTOSCRITT

NAT..... A(.....) IL

DOMICILIAT..... IN(.....) VIA.....

N.....CAP.....TEL.....CELL.....

E MAIL.....

CODICE FISCALE.....

CHIEDE DI ESSERE INSERIT..... NELLA GRADUATORIA PER L'ASSEGNAZIONE DELLA DOCENZA DI

.....

RELATIVA AL ANNO DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

RELATIVA ALANNO DEL CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

A TALE SCOPO DICHIARA:
 DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO

LAUREA/DIPLOMA

SPECIALIZZAZIONE.....

DI SVOLGERE LA PROPRIA ATTIVITÀ PRESSO

.....

CON LA QUALIFICA DI.....

Il sottoscritto si impegna a rispettare i programmi, gli orari concordati ed i calendari dei relativi esami.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che l'attività di docenza nell'a.a. 2017/2018 sarà svolta gratuitamente, autorizza a pubblicare il CV allegato sul sito di Tor Vergata

N. Progressivo di ricevimento..... Prot.....

FIRMA.....

DOCUMENTI DA ALLEGARE DA PARTE DI CHI NON ERA
 TITOLARE DI DOCENZA NELL'AA 2016/2017:

1. COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
2. FOGLIO EXCEL COMPILATO E FIRMATO
3. CV – FORMA BREVE - AGGIORNATO