**Al Coordinatore del Corso di Studio in**

**Ostetricia**

**SRPS**

**TNPEE**

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

**Il/La sottoscritto/**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nato/a a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**il**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Residente in** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tel** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **e-mail** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CF** \_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │

**SSD** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Matricola** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Categoria di appartenenza:**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎** | **personale non docente universitario** dell’area tecnico-scientifica e socio-sanitaria dell’Università di Messina in servizio presso l’AOU “G. Martino”  |
| **🞎** | **il personale dei ruoli tecnici e sanitari del servizio sanitario regionale** in servizio presso l’AOU “G. Martino”  |
| **🞎** | **il personale dei ruoli tecnici e sanitari del servizio sanitario regionale** in servizio presso l’IRCSS Centro Neurolesi “Bonino-Pulejo”  |
|  |  |

**CHIEDE**

* Attività di tutorato

|  |  |
| --- | --- |
| **Scelta** | **Corso di Studio** |
|  | Ostetricia |
|  | SRPS |
|  | TNPEE |

**Il/La sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità a svolgere la suddetta attività a titolo gratuito.**

Inoltre, ai fini del conferimento dell’insegnamento ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dall’art. 76 del citato decreto e dalle leggi speciali in materia, consapevole altresì che in caso di dichiarazione mendace saranno revocati i benefici concessi

Allega:

* Curriculum Vitae sottoscritto
* Documento di identità in corso di validità

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma