Allegato A

**Al Coordinatore del Corso di Studio in**

**Infermieristica Pediatrica**

**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** |
| □ | Infermieristica Pediatrica |
| □ | 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