

**AUTORIZZAZIONE ALL'INSEGNAMENTO
NEI CORSI DI STUDIO DELLA SCUOLA DI SCIENZE DELLA SALUTE UMANA
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE PER L'ANNO ACCADEMICO 2020/2021**

Il/la sottoscritto/a _____ dipendente dell'Azienda

Ospedaliero-Universitaria Careggi - matr. _____ qualifica _____

presso la struttura _____

Si dichiara disponibile per l'A.A. 2020/2021 per:

1. L'insegnamento/Il Modulo _____
Del Corso di Laurea in _____
Sede di _____
2. L'insegnamento/Il Modulo _____
Del Corso di Laurea in _____
Sede di _____
3. L'insegnamento/Il Modulo _____
Del Corso di Laurea in _____
Sede di _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali previste (art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445) dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del predetto DPR 445 di essere in possesso dei requisiti indicati nel CV autocertificato.

Dichiara inoltre di impegnarsi a svolgere l'eventuale attività di insegnamento conferita nel rispetto delle modalità orarie definite dalla struttura di appartenenza;

Data _____

Firma

Visto di nulla osta per la disponibilità allo svolgimento dell'incarico di docenza

il Direttore/Responsabile della struttura organizzativa aziendale di appartenenza

Dott. _____

data _____

(Timbro e Firma)