

***Al Direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie Infettive e Tropicali  
dell'Università degli Studi di Padova - Dipartimento di Medicina Molecolare -  
DMM***

Il/La sottoscritto/a .....  
.....  
affidente al Dipartimento di .....  
dell'Università degli Studi di Padova, Settore Scientifico Disciplinare .....

**PRESENTA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ PER L'A.A. 2016/2017**

per l'assegnazione a titolo gratuito dell'insegnamento di .....,  
TAF -.....-, Ambito Disciplinare - .....,  
SSD ....., n. CFU ..... n. ore ....., al ..... anno di corso della Scuola di  
Specializzazione in Malattie Infettive e Tropicali;

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 75 e 76) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003,

**DICHIARA**

**(Art. 46 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

**in qualità di** \_\_\_\_\_

che le ore di attività didattica per cui presenta la propria disponibilità contribuiscono al carico didattico istituzionale dell'A.A. 2017/2018.

**ALLEGA**

- il Curriculum Vitae (formato breve)
- l'autorizzazione del proprio Dipartimento se diverso da quello cui afferisce la Scuola di Specializzazione alla quale presenta la propria disponibilità.

Padova,

Recapito telefonico:

Indirizzo email:

**Il dichiarante**

---