

AVVISO
SUPPLENZA GRATUITA PER INCARICO DI
INSEGNAMENTO
a.a. 2022/2023

Visto, il verbale della Giunta di Facoltà di Medicina e Chirurgia, seduta del 11 Ottobre 2022, con il quale, per la copertura degli insegnamenti vacanti per l'a.a. 2022/2023 (RIF.TO '21/'22), viene deliberato per la Scuola di Specializzazione in ODONTOIATRIA PEDIATRICA, di emanare un bando per una Supplenza a titolo Gratuito;

Ai sensi dell'art. 23, comma 2 della legge n. 240 del 2010 e dell'art. 6 del Regolamento per il conferimento degli incarichi di docenza, approvato con D.R. n. 315 dell'11.2.2021, si intende coprire, mediante supplenza a titolo gratuito, per l'a.a. 2022/23, un corso di insegnamento di *Gestione del Paziente con Necessità Speciali* (8 ore);

Possono presentare domanda i professori di ruolo di I e II fascia, i ricercatori di ruolo e a tempo determinato e tutte le figure ad essi equiparate, in servizio presso questo Ateneo e altri Atenei.

SCADENZA: La domanda di partecipazione alla selezione va redatta secondo il Modello A allegato al presente avviso, deve pervenire, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, per motivi di urgenza alla didattica, entro l' 8° **giorno lavorativo** successivo alla data di pubblicazione del presente avviso. La domanda può, altresì, essere consegnata a mano presso l' Università di Tor Vergata, Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia Via Montpellier, 1 - terzo piano edificio D
La domanda va corredata dall' Allegato A, dal curriculum vitae.

PUBBLICITÀ: Il presente Avviso e l'esito della valutazione saranno pubblicati sul sito della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Data Pubblicazione 10 Novembre 2022

Termine presentazione domanda 21 Novembre 2022

IL PRESIDE
Prof. Stefano Marini



MODELLO A
(da compilare in carta semplice)

Al Preside della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
Via Montpellier 1
00133 ROMA

OGGETTO: Avviso di selezione per il conferimento, mediante supplenza a titolo gratuito, di attività di insegnamento per il corso di "Gestione del Paziente con Necessità Speciali" – 8 ore, nella Scuola di Specializzazione in Odontoiatria Pediatrica per l'A.A 2022/2023 a titolo Gratuito.

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)
nato/a a _____ (provincia di _____) il _____,
cittadinanza _____ residente in _____ (____)
via _____ n. _____ C.A.P. _____ cell. _____.
codice fiscale _____ qualifica universitaria _____
e-mail _____

CHIEDE

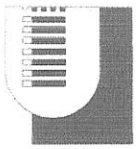
di essere ammesso a partecipare alla procedura pubblica di cui all'Avviso in oggetto per il seguente insegnamento:

"Gestione del Paziente con Necessità Speciali"

L'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", in qualità di Titolare del trattamento, tratterà i dati personali di cui è in possesso ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 ("GDPR"), del D. Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs. 101/2018 ("Codice della Privacy"), di ulteriore normativa di settore e nel rispetto dei provvedimenti del Garante per la Protezione dei Dati Personali. L' informativa denominata "Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR") per il trattamento dei dati personali del personale universitario è reperibile al link <http://utov.it/s/privacy>.

Data _____

FIRMA _____



Allegato "A"

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a
cognome e nome (per le donne indicare il cognome da nubile)

nato/a a provincia il ___/___/___

di cittadinanza, residente a provincia.,

via c. a. p.

telefono codice fiscale

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre
2000, n. 445,

D I C H I A R A

*che i documenti allegati in copia alla presente sono conformi all'originale in suo
possesso.*

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto
Legislativo 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con
strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale
la presente dichiarazione viene resa.

Si allega fotocopia del documento d'identità.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

Il dichiarante

.....
(firma per esteso e leggibile)