



**AVVISO**  
**SUPPLENZA GRATUITA PER INCARICO DI INSEGNAMENTO**  
**a.a. 2024/2025**

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. 2024/2025, per le esigenze del corso di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche, i seguenti insegnamenti:

**DIRITTO dell'UNIONE EUROPEA in AMBITO SANITARIO**  
2 CFU – ORE 16, ius/14,

**DEMOGRAFIA 1**  
1 CFU - ORE 8, SECS-S/04

**DEMOGRAFIA 2**  
1 CFU - ORE 8, SECS-S/04

**PSICOLOGIA dello SVILUPPO e PSICOLOGIA dell'EDUCAZIONE**  
1 CFU - ORE 8, M-PSI/01

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 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 il 5° **giorno** 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 e dal curriculum vitae.

**PUBBLICITÀ:**

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

Data Pubblicazione 03/06/2024

Termine presentazione domanda 07/06/2024

*Il Preside*  
*Prof. Stefano Marini*

**MODELLO A**  
(da compilare in carta semplice)

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

**OGGETTO:** Domanda di selezione per il conferimento, mediante Supplenza a titolo Gratuito, per insegnamento di "....." per il corso di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche per l'A.A 2023/2024.

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:

"....."

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

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>.



*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)*