Al Direttore della Scuola di Specializzazione In CHIRURGIA VASCOLARE

II/La sottoscritto/a

* **in qualità di Professore di 1**° **fascia a tempo pieno**
* **in qualità di Professore di 2° fascia a tempo pieno**
* **in qualità di Ricercatore universitario a tempo pieno**

nato/a a----------------- il residente a

in Via n. civico

- afferente

di

SSD

al Dipartimento

Università di

indirizzo email

n. telefonico

**PRESENTA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ PER L'A.A.2022-2023**

per l'assegnazione a titolo gratuito dell'insegnamento di

 , \_anno di corso, TAF , Ambito

 SSD n. CFU , della **Scuola di SQecializzazione in CHIRURGIA VASCOLARE**

**ALLEGA**

* Breve Curriculum Vitae
* l'autorizzazione del proprio Dipartimento se diverso da quello cui afferisce la Scuola di Specializzazione alla quale presenta la propria disponibilità.

Luogo e data \_

Il**dichiarante**