**Al Direttore del Dipartimento di Scienze Biomediche, Odontoiatriche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali**

**c/o A.O.U. “G. Martino”**

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Residente in**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Via**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tel**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**e-mail**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CF** \_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │\_\_\_͟ │

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Struttura di appartenenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
|  |  |  |

**CHIEDE**

il conferimento di contratto, a titolo oneroso per l’A.A. 2022/2023, di **Tutor** in area medico-chirurgica, specialista in Radiodiagnostica e con competenze specifiche in Neuroradiologia Interventistica, per le esigenze del Master Universitario di II livello denominato “**Neuroradiologia Interventistica Vascolare 2.0**”.

**Il/La sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità a svolgere il suddetto incarico a titolo oneroso.**

Inoltre, ai fini del conferimento dell’incarico ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle responsabilità civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dall’art. 76 del citato decreto e dalle leggi speciali in materia, consapevole altresì che in caso di dichiarazione mendace saranno revocati i benefici concessi.

**DICHIARA**

Di essere in possesso di:

- Laurea in Medicina e Chirurgia;

- Specializzazione in Radiodiagnostica o in discipline equipollenti/affini, ai sensi del D.M. Sanità 30.01.1998 e s.m.i.;

- Iscrizione all’Albo dell’Ordine dei Medici Chirurghi;

- Comprovata esperienza in neuroradiologia interventistica.

Allega:

|  |
| --- |
| * Curriculum vitae sottoscritto; |
| * Autocertificazioni attestanti i requisiti specifici richiesti nel bando; |
| * Elenco dei titoli di studio e professionali, attinenti o affini alla disciplina oggetto del bando; * Documentazione attestante l’attività di neuroradiologia interventistica; * Elenco delle pubblicazioni scientifiche inerenti l’ambito della neuroradiologia interventistica; |
| * Fotocopia del documento di identità in corso di validità. |
|  |

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati, nel rispetto del d.lgs 196/03 e s.m., per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_