**ALLEGATO A**

**MODULO per comunicare disponibilità all’affidamento**

Il/la sottoscritto/a.................................................................................................................

□ professore ordinario

□ professore associato

□ ricercatore a tempo determinato

□ ricercatore universitario

afferente al Dipartimento di ................................................................................................

Settore Scientifico Disciplinare................................

avendo preso visione dell’Avviso interno di Ateneo relativo alla vacanza di insegnamenti presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche afferente alla Scuola di Medicina per l’A.A. 2019-2020

**Dichiara**

la propria disponibilità al conferimento dell’insegnamento/modulo in

……………….....................................................................................................................

CODICE U-GOV………………….. SSD............... CANALE …………………..…

CFU.......................................................................ORE......................................................

per il Corso di Studi in.........................................................................................................

Sede ………………………………….

Data................................... Firma............................................................