

**AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE E DIAGNOSTICHE
INTEGRATE**

Il/La sottoscritto/a

Cognome	<input type="text"/>																			
Nome	<input type="text"/>																			
Comune di nascita	<input type="text"/>																			
Provincia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>																
Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cittadinanza	<input type="text"/>								
Codice fiscale	<input type="text"/>																			

RESIDENTE IN

Indirizzo	<input type="text"/>																			
Comune	<input type="text"/>																			
Provincia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>																
C.A.P.	<input type="text"/>																			

CON DOMICILIO (compilare solo se diverso dalla residenza)

FISCALE oppure ABITATIVO

Indirizzo	<input type="text"/>																			
Comune	<input type="text"/>																			
Provincia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>																
C.A.P.	<input type="text"/>																			

(se residente all'estero) codice identificativo estero: _____

Telefono	<input type="text"/>														
Telefono studio	<input type="text"/>														
Cellulare	<input type="text"/>														

E-mail

dipendente di un Ente pubblico

Denominazione _____

Indirizzo _____

CAP -CITTA' _____

dipendente di un'Azienda/ Ente privato

Denominazione _____

Indirizzo _____

CAP -CITTA' _____

libero professionista
(indicare l'attività)

altro

iscrizione a Cassa nazionale
di previdenza (specificare)

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO AL CONCORSO PER L'ATTRIBUZIONE DI UN CONTRATTO DI DIRITTO PRIVATO, AI SENSI DELL'ART.23 COMMA 2 LEGGE 240 DEL 30/12/2010,

MASTER IN MEDICINA ESTETICA I EDIZIONE

Indicare l'insegnamento di interesse:

BARRARE	MODULO	SSD	ORE	RETRIBUZIONE
	Organizzazione studio medico nello specifico ambito della medicina estetica	MED/19	6	€ 100,00/ora
	La prima visita in medicina estetica	MED/19	4	€ 100,00/ora
	Gestione delle complicanze in un ambulatorio di medicina estetica	MED/19	4	€ 100,00/ora
	La medicina rigenerativa in medicina estetica	MED/19	8	€ 100,00/ora
	Peeling chimici	MED/19	4	€ 100,00/ora
	Peeling Biorivitalizzanti	MED/19	4	€ 100,00/ora
	Trattamenti tricologici in medicina estetica	MED/19	2	€ 100,00/ora
	Biorivitalizzazione con polinucleotidi	MED/19	4	€ 100,00/ora
	Filler base	MED/19	16	€ 100,00/ora
	Tossina bolutinica base	MED/19	8	€ 100,00/ora
	Tossina botulinica avanzato I parte	MED/19	8	€ 100,00/ora
	Tossina botulinica avanzato II parte	MED/19	4	€ 100,00/ora
	Filler avanzato con polilattico	MED/19	4	€ 100,00/ora
	Rinofiller. Teoria e pratica	MED/19	2	€ 100,00/ora
	Carbossiterapia. Teoria e pratica	MED/19	2	€ 100,00/ora
	Filler avanzato 1/3 superiore volto	MED/19	4	€ 100,00/ora
	Tecnologia plasma	MED/19	8	€ 100,00/ora
	Fili in PDO	MED/19	8	€ 100,00/ora
	Laser I parte	MED/19	8	€ 100,00/ora
	Laser II parte	MED/19	8	€ 100,00/ora

DICHIARA CHE LA PRESTAZIONE SARA' RESA NELL'AMBITO DI

(indicare obbligatoriamente una delle 2 opzioni)

un rapporto di **collaborazione coordinata e continuativa** (regime contributivo di cui all'articolo 2 comma 26 e seguenti della Legge 335/95 - Gestione Separata del lavoro autonomo)

oppure

un **incarico professionale**

Partita IVA n.

Intestata a

CF

indirizzo

città

prov. ()

* * *

DICHIARA DI NON FREQUENTARE UN DOTTORATO O UNA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE NELL'ATENEO GENOVESE O IN ALTRO ATENEO

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA

Curriculum vitae (sottoscritto in ogni pagina)

Titoli ritenuti utili ai fini della valutazione e relativo elenco (sottoscritto in ogni pagina)

È A CONOSCENZA CHE L'INCARICO DI CUI SOPRA, SE ATTRIBUITO, ACQUISTERÀ EFFICACIA A DECORRERE DALLA DATA DI PUBBLICAZIONE DELLO STESSO SUL SITO WEB DELL'ATENEO.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS n. 196/2003

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, l'Università degli Studi di Genova – Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche - informa che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'art. 13 della normativa indicata, La informiamo che i dati personali, da Lei forniti, saranno raccolti e trattati nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi alla piena attuazione del rapporto di collaborazione con l'Università degli Studi di Genova. L'eventuale rifiuto a fornire i dati di cui sopra avrà come conseguenza l'impossibilità per l'Università di procedere alla formalizzazione dell'incarico di cui sopra.

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma del dichiarante _____