Al Direttore Dipartimento di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Parma Via Gramsci 14 43125 Parma

II/La	sottoscritto/a			con la
qua	lifica di	in servizio presso l'Azi	enda/Ente	
nato	o/a a		() il	
resi	dente a		, C.a.p	
indi	rizzo			, n
Cod	ice Fiscale	Tel	E-Mail	
visto	o il bando emanato da	codesta Università in data _		
		CHIEDE		
rico	•	izioni indicate nel bando, al lle per n. 3 posti da Tutor did Inda:	•	
	istruzioni indicate n copia di un docume altri documenti e tit	ività didattiche e scientifiche el Bando; nto di identità in corso di vali oli che si ritengono utili ai fin	dità; i della procedura:	o, sulla base delle
qua	•	o ai sensi degli artt. 46 e 47 d della medesima fonte norm		consapevolezza di

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016). L'informativa completa è consultabile all'indirizzo <u>www.unipr.it</u> alla voce Privacy.