Al Direttore

del Dipartimento di Informatica

Università degli Studi di Verona

Strada Le Grazie, 15

37134 - VERONA

**OGGETTO:** DOMANDA CONFERIMENTO ASSEGNI PER ATTIVITA’ DI TUTORATO

Il sottoscritto (nome) ………………………………………………………………………………………… cognome)…………….………..……………..……………………………………………………………….., nato a (luogo di nascita) ……………………………………………………………………………….. ……..………………………………………………………………….…….….………………………, il (data di nascita) …………..…………….….…….………..., residente a (residenza completa) ……………………………………………………………………………………….…..…………………,

codice fiscale ……………………………………………………… chiede di essere ammesso alla seguente procedura per il conferimento di assegni per lo svolgimento di attività didattiche integrative, propedeutiche o di recupero per il/i seguente/i insegnamento/i:

[**selezionare con una X** gli insegnamenti per i quali il candidato è interessato a far domanda]:

**CORSO DI STUDI TRIENNALE IN INFORMATICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N. Contratti** | **Insegnamenti** | **Tipol. di attività** | **Anno** | **Sem** | **Numero ore per ciascun assegno** | **Durata dell'assegno** |
| **□** | **1** | Analisi matematica II | Laboratorio | 2 | 1 | **30** | 01/10/2017- 30/06/2018 |
| **□** | **1** | Elaborazione segnali immagini- 2 esigenza- parte 1 | Laboratorio | 3 | 1 | **12** | 01/10/2017- 30/06/2018 |
| **□** | **1** | Elaborazione segnali immagini- 2 esigenza- parte 2 | Laboratorio | 3 | 1 | **12** | 01/10/2017- 30/06/2018 |

**CORSO DI STUDI TRIENNALE IN BIOINFORMATICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N. Contratti** | **Insegnamenti** | **Tipol. di attività** | **Anno** | **Sem** | **Numero ore per ciascun assegno** | **Durata dell'assegno** |
| **□** | **1** | Corso propedeutico per la matematica | Laboratorio | 1 | 1 | **24** | 01/10/2017- 30/06/2018 |
| **□** | **1** | Gestione e modellazione di dati bioinformatici-Riconoscimento e recupero dell'informazione per bioinformatica  | Laboratorio | 3 | 1 | **24** | 01/10/2017- 30/06/2018 |

**CORSO DI STUDI TRIENNALE IN MATEMATICA APPLICATA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N. Contratti** | **Insegnamenti** | **Tipol. di attività** | **Anno** | **Sem** | **Numero ore per ciascun assegno** | **Durata dell'assegno** |
| **□** | **1** | Analisi matematica 2 | Laboratorio | 2 | 1 | **30** | 01/10/2017- 30/06/2018 |
| **□** | **1** | Calcolo Numerico 2 | Laboratorio | 2 | 1 | **12** | 01/10/2017- 30/06/2018 |

**MASTER DEGREE IN MEDICAL BIOINFORMATICS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N. Contratti** | **Insegnamenti** | **Tipol. di attività** | **Anno** | **Sem** | **Numero ore per ciascun assegno** | **Durata dell'assegno** |
| **□** | **1** | Computational analysis of biological structures and networks-1 esigenza | Laboratorio | 1 | 1 | **12** | 01/10/2017- 30/06/2018 |
| **□** | **1** | Computational analysis of biological structures and networks- 2 esigenza | Laboratorio | 1 | 1 | **12** | 01/10/2017- 30/06/2018 |

**MASTER DEGREE IN MATHEMATICS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N. Contratti** | **Insegnamenti** | **Tipol. di attività** | **Anno** | **Sem** | **Numero ore per ciascun assegno** | **Durata dell'assegno** |
| **□** | **1** | Functional Analysis | Laboratorio | 1 | 1 | **36** | 01/10/2017- 30/06/2018 |

di cui al Bando prot. n°……………………………del ……………………………………

Il sottoscritto, presa visione del Bando sopracitato, dichiara di possedere i seguenti requisiti, previsti all’art.2 del presente bando:

- Iscritto al corso di Laurea Specialistca/Magistrale in………………………………………….…voto di laurea (triennale) ……………

- Iscritto al Dottorato di Ricerca in………………………………..………………….voto di laurea (Specialistca/Magistrale) …………..

Il sottoscritto indica quali propri recapiti per le comunicazioni inerenti la presente procedura i seguenti:

Indirizzo postale: (indirizzo postale) …………………………………………………………..

Indirizzo elettronico: (indirizzo elettronico) …………………………………………………………..

Numero di telefono: (numero di telefono) …………………………………………………………..

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

* certificato di laurea triennale con i singoli esami, certificato di laurea specialistica/magistrale con i singoli esami, o autodichiarazione che riporti il voto di laurea e dei singoli esami;
* un curriculum vitae ( in formato europeo);
* una copia di un documento d’identità valido;
* una fotocopia del codice fiscale;
* per i soli Dottorandi dell’Ateneo veronese: copia della richiesta di autorizzazione presentata al Collegio di Dottorato (da perfezionare, prima dell’eventuale conferimento di incarico, con l’autorizzazione del Collegio di Dottorato);
* nonché i documenti ritenuti utili ai fini della procedura.

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

(Luogo, data e firma)

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Università può utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione (D.Lgs. 196/2003, art. 18).

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

(Luogo, data e firma)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.