**ALLEGATO A (da prodursi su carta intestata del Dipartimento)**

**OGGETTO: Domanda di partecipazione all’avviso di selezione per Visiting Professor provenienti da istituzioni o enti di ricerca esteri - anni accademici: 2022/2023 II semestre e 2023/2024 I semestre entro il 31 ottobre 2023- LR 2/2011, Art. 4, comma 2, lettera a) Contributo 2022**

Il Dipartimento di ………………………………………………………………………………….. dell’Università degli Studi di Trieste, rappresentato dal/la prof.…………….………..…nell’ambito delle proprie funzioni di Direttore/trice del Dipartimento, in relazione alla procedura di selezione di cui all’Avviso in oggetto

MANIFESTA

il proprio interesse e propone la/le seguente/i candidature (in ordine di priorità):

1. Nome e cognome del/della docente …………………………………………………………………………
2. Università, Istituzione scientifica o Ente di provenienza: ………………………………………………………………………………………………………………
3. Corso di laurea a ciclo unico (ultimi due anni di corso), laurea magistrale, dottorato o scuole di specializzazione presso cui svolgerà la sua attività (nome e codice del corso, settore scientifico disciplinare, nome del titolare del corso, n° di ore che verranno svolte)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Seminario che verrà svolto

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Corso di Dottorato in cui avrà luogo la tavola rotonda (e se già prevista data in cui avrà luogo l’iniziativa)

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

1. (solo per i Visiting di area medica) indicazione dell’eventuale svolgimento di "attività assistenziale" e riferimento dell’accordo tra l’Ateneo e l’Ente assistenziale che la disciplina, ove esistente

………………………………………………………………………………………………………………

1. periodo di svolgimento dell’attività del/della docente presso il Dipartimento e data di inizio attività

………………………………………………………………………………………………………………

1. docente del Dipartimento di riferimento

………………………………………………………………………………………………………………

1. eventuale supporto economico a carico del Dipartimento (indicare se sì o no e l’entità)

………………………………………………………………………………………………………………

1. Nome e cognome del/della docente …………………………………………………………………………
2. Università, Istituzione scientifica o Ente di provenienza: ………………………………………………………………………………………………………………
3. Corso di laurea a ciclo unico (ultimi due anni di corso), laurea magistrale, dottorato o scuole di specializzazione presso cui svolgerà la sua attività (nome e codice del corso, settore scientifico disciplinare, nome del titolare del corso, n° di ore che verranno svolte)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Seminario che verrà svolto

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Corso di Dottorato in cui avrà luogo la tavola rotonda (e se già prevista data in cui avrà luogo l’iniziativa)

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

1. (solo per i Visiting di area medica) indicazione dell’eventuale svolgimento di "attività assistenziale" e riferimento dell’accordo tra l’Ateneo e l’Ente assistenziale che la disciplina, ove esistente

………………………………………………………………………………………………………………

1. periodo di svolgimento dell’attività del/della docente presso il Dipartimento e data di inizio attività

………………………………………………………………………………………………………………

1. docente del Dipartimento di riferimento

………………………………………………………………………………………………………………

1. eventuale supporto economico a carico del Dipartimento (indicare se sì o no e l’entità)

………………………………………………………………………………………………………………

Per ciascuna candidatura si allega:

* copia del documento di identità in corso di validità del Visiting Professor;
* curriculum vitae del Visiting Professor;
* breve lettera di motivazione;
* copia della Delibera del Dipartimento o estratto del verbale;
* Allegato B.

Luogo e data……………………

FIRMA DEL DIRETTORE/TRICE

Prof../ssa

 DIPARTIMENTO DI …..