**Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche**

|  |
| --- |
| Al Consiglio del Dipartimento di |
| Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche |
| SEDE |

**Oggetto: Richiesta di conferimento di una Consulenza Professionale**

Con la presente, si chiede di sottoporre al Consiglio del Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche istanza di autorizzazione a avviare la selezione pubblica rivolta al personale esterno per il conferimento di una Consulenza Professionale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FONDO |  | ID |
| Responsabile fondo |  |
| ***Referente*** |  |
| cell |  |
| email |  |
| Duata |  |
| Attività |  |
| Requisiti di ammissione | Dottorato in area | OPPURE |
| Specializzazione in | OPPURE |
| Laurea in | LM |
| eventuale documentata esperienza professione in…. |
| Importo contratto | 1.000,00 |
| Cassa | 40,00 |
| IVA | 228,80 |
| Importo a carico delfondo | 1.268,80 |
| Possibile data per lavalutazione titoli |  |  |
| EVENTUALE dataper la prova orale |  |  |
| Commissione Proposta | 1 |  | componente |
| 2 |  | componente |
| 3 |  | componente |
| 4 |  | Supplente |
| 5 |  | Supplente |
| Note eventuali |  |

Si dichiara l’impossibilit*à* oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili all’interno della struttura anche tenendo conto degli impegni dovuti all’espletamento delle attivit*à* poste in essere nell’ambito del Dipartimento.

**Il Responsabile del Fondo**

|  |
| --- |
| **PARTE RISERVATA ALL'AMMINISTRAZIONE** |
| codice RIF |  |  |
| Scadenza Progetto |  | **Il capo-ufficio contabilità** |
| Importo lordo |  | *Dott. Loredana Randazzo* |
| Attivazione CdD/DD |  |  |