

Allegato B

MODELLO DI DOMANDA

AL DIRETTORE della Scuola di Alta Formazione e Studio
dell'Istituto Centrale per la Patologia degli Archivi e del Libro

Via Milano, 76 – 00184 Roma

Il/La sottoscritt.....

nato/a a prov. il

residente in..... via..... cap

numero di telefono..... e-mail

recapito presso il quale si desidera essere contattato dalla Segreteria SAF

.....

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura comparativa per il conferimento dell'incarico di docenza presso la SAF dell'Istituto Centrale per la Patologia degli Archivi e del Libro di cui all'Avviso

A tal fine dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'art. 3 del D.M. 87/09 e allega:

- 1) curriculum vitae;**
- 2) elenco pubblicazioni scientifiche;**
- 3) copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità debitamente firmato;**
- 4) programma dettagliato del Corso secondo il modello allegato**

Firma.....