



Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICO DIDATTICO**

Al Chiar.mo Direttore del Dipartimento di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Professore Ordinario     Professore Associato     Ricercatore TI     Ricercatore TD

inquadrato nel Settore Scientifico Disciplinare

con regime d'impegno     tempo pieno     tempo definito

**CHIEDE AUTORIZZAZIONE PER IL SEGUENTE INCARICO DIDATTICO**

Insegnamento.....
n. ore.....
CdS.....

Proposto dal Dipartimento di \_\_\_\_\_

Per il Corso di Studi \_\_\_\_\_

Per l'A.A. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

con compenso lordo previsto di Euro  |  |  |  |  |  |  |  | da svolgersi dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dichiara a tal fine che le attività per cui chiede la presente autorizzazione non influiranno sull'assolvimento dei compiti didattici che il sottoscritto è tenuto, secondo le vigenti Leggi, a svolgere.

Dichiara inoltre che per il periodo cui la presente richiesta si riferisce

- non ha chiesto nessuna altra autorizzazione
- svolge i seguenti incarichi per cui il Dipartimento di afferenza ha concesso autorizzazione:
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

Dichiara, infine, che alla data del presente documento le ore complessive di didattica frontale per l'A.A. suindicato saranno pari a \_\_\_\_\_

In fede

.....

Bologna, \_\_\_\_\_

---

(parte riservata al Direttore del Dipartimento)

Vista la presente istanza si esprime parere favorevole

Il Direttore del Dipartimento \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_