

Modulo per professori e ricercatori in servizio presso  
L'Alma Mater Studiorum-Università di Bologna  
A.A. 2019/2020

Al Dirigente di Campus di Forlì Cesena

Il sottoscritto

|   |               |
|---|---------------|
| Nome _____  | Cognome _____ |
| e-mail e telefono _____                               |               |
| Qualifica rivestita _____                             |               |
| in regime di impegno a tempo _____                    |               |
| settore scientifico disciplinare _____                |               |
| Dipartimento di appartenenza e sede di servizio _____ |               |
| _____   |               |

CHIEDE

- il conferimento dell'affidamento di \_\_\_\_\_  
cds \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
- la copertura di n°1 modulo di ore \_\_\_\_\_ dell'insegnamento di \_\_\_\_\_  
cds \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
- 

inoltre, consapevole delle responsabilità penali, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, in casi di dichiarazioni mendaci o utilizzo di atti falsi,

DICHIARA

**per i docenti:** che mi sono state assegnate per l'a.a. 2019/20 le seguenti attività formative:

|  |           |           |  |
|--|-----------|-----------|--|
|  | ore _____ | CdS _____ |  |
|  | ore _____ | CdS _____ |  |
|  | ore _____ | CdS _____ |  |

Le seguenti attività didattiche equivalenti o riduzioni del carico didattico:

|  |           |           |  |
|--|-----------|-----------|--|
|  | ore _____ | CdS _____ |  |
|  | ore _____ | CdS _____ |  |

**Per i ricercatori a tempo indeterminato:** di avere già assunto incarichi didattici entro le prime 60 ore e che l'elenco degli incarichi affidati nella fase 2 della PD 2019/20 è il seguente:

|  |           |           |  |
|--|-----------|-----------|--|
|  | ore _____ | CdS _____ |  |
|  | ore _____ | CdS _____ |  |
|  | ore _____ | CdS _____ |  |

**Per i ricercatori a tempo determinato:** che l'elenco delle attività formative istituzionali e gratuite previste dal contratto è il seguente:

|  |           |           |  |
|--|-----------|-----------|--|
|  | ore _____ | CdS _____ |  |
|  | ore _____ | CdS _____ |  |

- (eventuale) si allega nulla osta del Dipartimento

In fede

Forlì, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_