



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

inquadrate 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, ____ / ____ / ____