

# RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE DI SVOLGIMENTO ATTIVITA' DI DOCENZA

ALLEGATO A2

**MODULO PER GLI ASSEGNISTI DI RICERCA**

Al Responsabile Scientifico  
dell'Assegno di Ricerca

Alla Direzione Offerta formativa, servizi e  
segreterie studenti  
UO Post Laurea e Formazione insegnanti

Oggetto: richiesta consenso per incarico di docenza.

Il sottoscritto....., assegnista di ricerca presso il Dipartimento  
....., in riferimento all'art. 10 del Regolamento per il conferimento  
degli incarichi di insegnamento ad esperti e studiosi esterni (ex L. 240/2010), consapevole, in qualità  
di Assegnista di Ricerca, di non poter essere affidatario di un numero di ore di insegnamento  
superiore a 48 per ciascun anno accademico,

## C H I E D E

il consenso a svolgere l'incarico didattico per l'insegnamento: .....  
..... modulo: .....  
della durata di n. \_ ore, nell'ambito del Master/CP in .....  
.....

\_\_\_\_\_  
(firma dell'Assegnista di Ricerca)

Il Responsabile Scientifico dell'Assegno di Ricerca dichiara che l'eventuale affidamento dell'incarico  
didattico sopra citato non sarà di impedimento allo svolgimento dell'attività di ricerca assegnata al  
Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

### Visto:

Il Responsabile Scientifico dell'Assegno di Ricerca \_\_\_\_\_

Prof/Dott.....