

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 Immatricolazioni, Admissions e Post Laurea

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.....