**MODULO PER GLI ASSEGNISTI DI RICERCA**

 Allegato A.3

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO ATTIVITÀ DI DOCENZA**

Alla/Al Responsabile Scientifica/o

dell’Assegno di Ricerca

Alla Direzione Risorse Umane

Area Personale Docente e Rapporti con l'AOUI di Verona

Unità Operativa Personale Docente

- sede -

-

e p.c. Alla/Al Direttrice/ore del Dipartimento

Prof……………………..

- sede –

Oggetto: richiesta autorizzazione per incarico didattico

La/Il sottoscritta/o………………………….., nata/o a……………..il…………….., Assegnista di Ricerca presso il Dipartimento………………………., in riferimento al bando Rep…….Prot……… del…………….e 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 affidataria/o di un numero di ore di insegnamento superiore a 60 per ciascun Anno Accademico,

C H I E D E

preventivamente di essere autorizzata/o a svolgere l’incarico didattico per l’insegnamento/gli insegnamenti, …………………………………… modulo/i…………………………..CFU………..ore………….., previsto/i al………..semestre del Corso di Studio in………………………………. per l’A.A…………………………….

(firma dell’Assegnista di Ricerca)

La/Il Responsabile Scientifica/o dell’Assegno di Ricerca dichiara che l’eventuale affidamento dell’incarico/degli incarichi didattico/didattici sopra citato/citati non sarà/saranno di impedimento allo svolgimento dell’attività di ricerca assegnata alla/al Dott./Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Visto si autorizza:**

La/Il Responsabile Scientifica/o dell’Assegno di Ricerca

Prof./Dott.