

Il/La sottoscritto/a, in qualità di
..... chiede l'autorizzazione a svolgere attività di didattica integrativa per un numero complessivo di ore all'insegnamento di della Laurea per l'anno accademico 2019/2020.

Dichiara, inoltre, che la propria attività di didattica integrativa nell'Università di Padova non supera nell'a.a. 2018/2019 i limiti stabiliti dalla delibera del Senato Accademico del 7 marzo 2017 (per assegnisti) e dal Regolamento di Ateneo per i corsi di Dottorato di Ricerca ex D.M. 45/2013 (per dottorandi).

Padova,

Firma (del richiedente)

Visto

Si autorizza

Cognome e nome (di chi autorizza)

In qualità di (1)

Timbro e firma

(1) N.B.: il nulla osta viene rilasciato per:

DOTTORANDI (Univ. PD) dal Collegio dei Docenti

ASSEGNISTI (Univ. PD) dal Responsabile Scientifico dell'attività di ricerca e/o dal Direttore del Dipartimento

BORSISTA e BORSISTI POST DOTTORATO (Univ. PD) dal Direttore del Dipartimento