

**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