



**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' DI DOCENZA/LABORATORIO/SEMINARIO
CORSI DI STUDIO PROFESSIONI SANITARIE**

Il/la sottoscritto/a _____ badge _____
in servizio presso _____
con la qualifica di _____

- dichiara di avere presentato domanda telematica all'Università degli Studi di Brescia per l'affidamento dell'incarico/degli incarichi di insegnamento (docenze/laboratori/seminari) nel/nei Corsi/i A.A. 2024/2025, come riportati nell'allegata Scheda "Allegato 1",

CHIEDE

Autorizzazione allo svolgimento della/e attività di docenza/laboratorio/seminario specificate nell'"Allegato 1"

DICHIARA

1. Che la/le stessa/e verrà/verranno svolta/e **fuori orario di servizio;**
2. Di essere a conoscenza che anche le attività correlate (esami e consigli di corso) seguono detta modalità **fuori orario di servizio.**
 - la partecipazione in veste di Relatore a laboratori/seminari necessita di preventiva autorizzazione dell'Autorità Accademica (Consiglio del Corso di Studio); tale documentazione dovrà essere messa a disposizione della Segreteria Corsi di Laurea Professioni Sanitarie.
 - la partecipazione alle sedute di tesi di laurea è considerata sempre fuori orario di servizio.

Il/la sottoscritto/a si impegna ad accettare un numero di moduli, di laboratori/seminari **non superiori complessivamente a 60 ore/A.A.**

Data, _____

Firma _____

Visto: Si autorizza l'attività di docenza e il suo svolgimento fuori orario di servizio

Data, _____

*Il Direttore/Responsabile SC / SSD / DAPSS
(timbro e firma)*

Visto Non si autorizza

Si autorizza

Data, _____

*Su delega del Direttore Generale
Il Direttore Amministrativo ASST Spedali Civili di Brescia*

SCHEDA **INCARICHI DI INSEGNAMENTO RICHIESTI PER CORSI DI STUDIO PROFESSIONI SANITARIE** **SEMINARI / ATTIVITA' DI LABORATORIO AUTORIZZATI DAL CONSIGLIO DI CORSO**

ANNO ACCADEMICO 2024/2025

DOCENTE Prof. Dott./Dott.ssa _____

Corso di Studio	Sede di	Modulo Insegnamento e/o Laboratorio/Seminario	N. ore	Anno corso	Semestre

La presente scheda è **parte integrante** della "Richiesta autorizzazione attività di docenza/laboratorio/seminario Corso di Studio Professioni sanitarie"