



RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' DI DOCENZA CORSO DI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE

Il/la sottoscritto/a _____ badge _____

in servizio presso _____

con la qualifica di _____

con riferimento all'allegato "Modello di richiesta Contratto" per l'affidamento dell'incarico di insegnamento nel sotto indicato corso:

Corso di Laurea _____ sede di _____

Disciplina/Unità/Modulo _____ n° ore _____

Afferente all'insegnamento _____ anno _____ semestre _____

CHIEDE

Autorizzazione allo svolgimento della suddetta attività di docenza

DICHIARA

1. Che la stessa verrà svolta:

In orario di servizio

Fuori orario di servizio

2. Di essere a conoscenza che nel caso l'attività di docenza sia autorizzata in orario di servizio, si considerano in orario di servizio le attività correlate quali esami e consigli di corsi di laurea, diversamente se l'attività di docenza è fuori orario di servizio, lo sono anche le attività correlate. La partecipazione a tesi di laurea è sempre fuori orario di servizio.

Data, _____

Firma _____

Visto si autorizza:

l'attività di docenza

e lo svolgimento della stessa:

in orario di servizio

fuori orario di servizio

Data, _____

Il Direttore/Responsabile UO/Servizio/SSVD

Visto si autorizza

Data, _____

Il Direttore Generale ASST Spedali Civili di Brescia
Dott. Ezio Belleri