

**AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE E TECNOLOGIE AMBIENTALI BIOLOGICHE E
FARMACEUTICHE
DELLA SECONDA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI**

Il/la sottoscritto/a....., nato/a(.....) il..... e
residente in(.....), via/piazza n.....,
tel..... codice fiscale..... in servizio presso il Dipartimento di
..... Università di con la
qualifica di per il S.S.D.

CHIEDE

il conferimento dell'incarico di insegnamento di
S.S.D..... ore presso il Dipartimento di..... , Corso di Laurea in
..... per l'A.A.

A tal fine dichiara che, nel caso in cui venisse proposto per il conferimento del predetto incarico di non superare il limite di 250 ore per anno accademico, di cui non più del 50% del predetto limite svolto presso altro Ateneo, come stabilito dall'art. 13 del Regolamento per la disciplina degli incarichi didattici emanato con D.R. n. ___ del _____.

Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare le disposizioni contenute nel relativo avviso di vacanza, in particolare per quanto concerne la durata ed il relativo trattamento retributivo. Tale incarico di insegnamento sarà, comunque, conferito a titolo gratuito se rientra nei limiti del proprio impegno orario annuale.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del Regolamento di Ateneo della SUN per la disciplina degli incarichi didattici emanato con D.R. n. 803 del 05.08.2013.

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di aver presentato all'Ufficio del Responsabile Didattico di Dipartimento il curriculum e la relativa documentazione prevista dall'avviso di vacanza.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi della L. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni, per le finalità di gestione degli incarichi di insegnamento.

Luogo e data

FIRMA del DICHIARANTE

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità e copia del nulla osta/ richiesta presentata all'Amministrazione di appartenenza.