ENTRO IL 30 NOVEMBRE DI OGNI ANNO

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Bari A. Moro
Fax 080-5714098
rapporti.sanita@uniba.it

Oggetto: richiesta variazione opzione attività libero-professionale

Il/La sottoscritto/a _____ (qualifica universitaria) _____del SSD _____, conferito in convenzione all' Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari presso l'Unità Operativa di _____

DICHIARA

di optare per l'attività libero professionale _ _____[1], a decorrere dal 1° gennaio (anno) ai sensi dell'art. 15 quater, IV c., della L. 502 e succ. modif, così come sostituito dall'art. 2 septies del DL 81/2004 convertito con modificazioni nella L. 138/2004.

Bari, ……

_____

(firma)

NOTE [1] : Opzione INTRAMOENIA e regime di impegno universitario a tempo pieno;
Opzione EXTRAMOENIA e regime di impegno universitario a tempo definito.