

All'Amplissimo PRESIDENTE
Scuola di _____

SEDE

OGGETTO: richiesta concessione nulla osta attività didattica per Master....

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____ ,
nato a _____ il _____ ,

professore ordinario professore straordinario professore associato confermato professore associato non
confermato ricercatore confermato ricercatore non confermato assistente ordinario r.e.

settore scientifico-disciplinare _____ - Facoltà di _____ ,

in servizio presso il Dipartimento di _____ ,

chiede

la **concessione del nulla osta** per lo svolgimento della seguente attività didattica, per l'Anno Accademico _____ :

Attività didattica	CFU	Ore	Facoltà	Sede universitaria

presso **Master di** **I livello** **II livello** in _____

presso **Corso di Perfezionamento** in _____

presso **Alta Formazione** in _____

presso **Corsi di aggiornamento professionale** in _____

Tale attività sarà svolta nel periodo _____ ed è stata richiesta a titolo
 gratuito retribuito.

**Il/la sottoscritto/a si impegna al regolare svolgimento di tutti i compiti didattici e al pieno adempimento di tutti i doveri
connessi al proprio ruolo.**

Il/la sottoscritto/a fa presente, inoltre, che ha già chiesto - ottenuto il seguente nulla osta, per **lo stesso anno accademico**:

Insegnamento	CFU	Ore	Corso di studio

presso

Facoltà	Sede universitaria

Bari,

(firma)
