

All'Amplissimo PRESIDENTE
Scuola di _____

SEDE

OGGETTO: richiesta concessione nulla osta insegnamento per corsi di studio presso altra Scuola/Dipartimento dell'Università degli Studi di Bari.

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 _____ - Scuola di _____ ,

in servizio presso il Dipartimento di _____ ,

chiede
la **concessione del nulla osta** per lo svolgimento dell'insegnamento, per l'**A.A.** _____, come di seguito riportato:

| Insegnamento | CFU | Ore | Corso di studio |
|--------------|-----|-----|-----------------|
| | | | |

presso

| Scuola/Dipartimento | Sede Corso di studio |
|---------------------|----------------------|
| | |

Tale insegnamento sarà svolto nel periodo _____ ed è stato richiesto 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/Attività didattica | CFU | Ore | Corso di studio/Master.... |
|---------------------------------|-----|-----|----------------------------|
| | | | |

presso

| Scuola/Dipartimento | sede universitaria |
|---------------------|--------------------|
| | |

Bari,

(firma)
