**Allegato 1)**

**Al Direttore del Dipartimento di**

**Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva dell’Università degli Studi della Campania – Luigi Vanvitelli**

**Largo madonna delle Grazie**

**80138 - Napoli**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_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\_\_\_\_\_\_ Corso di Laurea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso il **Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva per l’anno accademico 2019/2020**

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 803 del 05/08/2013.

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.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del Regolamento di Ateneo 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 Amministrativo del Dipartimento il curriculum e la relativa documentazione prevista dall’avviso di vacanza.

Il/la sottoscritto/a 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