е

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE E TECNOLOGIE AMBIENTALI BIOLOGICHE E FARMACEUTICHE DELLA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA LUIGI VANVITELLI

II/la sottoscritto/a	, nato/a)
il e residente in	(),	via/piazza
	n, tel	codice
fiscale	in servizio presso il Dipar	rtimento 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 Scienze e Tecnologie Ambientali Biologiche		
Farmaceutiche, 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.803/2013.		
II/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.		
II/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del Regolamento di Ateneo della Università degli		
Studi della Campania Luigi Vanvitelli per la disciplina degli incarichi didattici emanato con D.R. n.		
803 del 05.08.2013.		
I/lal sottoscritto/a dichiara, altresì, di aver allegati 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 DICHIAR	ANTE

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