



Domanda di affidamento di incarico didattico per l'A.A.

Al Preside della Facoltà di

Il sottoscritto:

Cognome **Nome** **Matricola**

Data di nascita (gg/mm/aaaa) **Comune (o stato estero) di nascita** **Provincia**

Codice Fiscale **Codice identificativo estero**

Indirizzo di residenza **Telefono**

Comune (o Stato estero) di residenza **C.A.P.** **Provincia**

Domicilio fiscale (solo se diverso dalla residenza)

Indirizzo **Telefono**

Comune (o Stato estero) di residenza **C.A.P.** **Provincia**

Email **Cellulare**

Qualifica: Prof. ordinario Prof. Associato Ricercatore **SSD di inquadramento**

di questa Facoltà di altra Facoltà di questo Ateneo di altro Ateneo

Chiede il conferimento dell'incarico didattico di cui al bando del __/__/____ per l'insegnamento specificato di seguito:

Dati insegnamento	
Nome insegnamento:	<input type="text"/>
Settore Scientifico-Disciplinare:	<input type="text"/>
Tipo di Corso	<input type="text"/>
C.F.U.:	<input type="text"/>
Altri dati:	<input type="text"/>

Dati incarico	
Facoltà:	<input type="text"/>
Sede:	<input type="text"/>
Periodo:	<input type="text"/>
Corsi di studio/sezione:	<input type="text"/>
Altri dati:	<input type="text"/>

Firma _____

- Dichiaro di optare per l'incarico:

a titolo gratuito

a titolo oneroso

- Dichiaro di aver avanzato, per lo stesso A.A., domanda per gli altri incarichi qui sotto indicati:

- presso questo Ateneo:

Facoltà _____

Facoltà _____

- presso altro Ateneo:

Facoltà _____ Ateneo _____

Facoltà _____ Ateneo _____

Si impegna a dichiarare per iscritto alla Presidenza della Facoltà in indirizzo ogni successiva variazione.

- Dichiaro di adeguarsi al programma didattico dello specifico insegnamento, coordinato nell'ambito del Consiglio di Corso di Studi, con complessive _____ ore di didattica del corso, di cui: _____.
- Si impegna ad inserire ogni dato richiesto nel sistema informatizzato di Ateneo ove previsto dalla Facoltà (orario di ricevimento, scheda dettagliata del programma di insegnamento, registro delle lezioni, verbali d'esame, ecc.).
- Si impegna a consegnare alla Presidenza della Facoltà in indirizzo:
 - entro 15 gg. dalla fine delle lezioni, esercitazioni e laboratori previsti dal contratto, i relativi registri compilati on-line e quindi stampati e debitamente firmati;
 - eventuale dichiarazione di intervenuta modifica dei dati personali sopra riportati, entro 15 gg. dalla data del cambiamento.

Spazio da compilare in caso di Docente di altro Ateneo

Ateneo: _____ Facoltà: _____

Il sottoscritto dichiara di aver presentato alla propria Facoltà la richiesta di Nulla Osta (qui allegata in copia) in data __/__/____

N.B. Il conferimento dell'incarico didattico è subordinato al ricevimento del Nulla Osta dell'altro Ateneo.

Il sottoscritto dichiara inoltre che:

è stata stipulata

è in corso di stipula

apposita convenzione fra il proprio Ateneo e il Politecnico di Milano.

Dichiaro di scegliere la seguente modalità di pagamento:

Versamento sul c/c n.

COD CIN ABI CAB Numero Conto Corrente

Istituto bancario e n° Agenzia

Indirizzo, Città

SWIFT Code

Invio al domicilio di assegno non trasferibile

Autorizza, ai sensi del D. Lgs.vo n°196/2003, il trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma _____

Spazio riservato alla Presidenza

Data inizio dell'incarico, se diversa dal 1° novemb re: __/__/____

CdF/GdF del __/__/____ Approvato Non Approvato