

Al Direttore del Dipartimento di
FARMACIA-SCIENZE DEL FARMACO
Università degli Studi "Aldo Moro"
Via E.Orabona, 4
70125 - BARI

OGGETTO: richiesta incarico di insegnamento – Anno Accademico 2024/2025

Avviso di vacanza del _____

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

altro (specificare) _____

settore scientifico-disciplinare _____ Università di _____

in servizio presso il Dipartimento di _____

Visto l'avviso di vacanza del _____ di codesto Dipartimento, relativo alla copertura del seguente
insegnamento, per l'anno accademico **2024/2025**:

SSD	insegnamento	anno	sem.	CFU	ore

Corso di studio	sede

CHIEDE

che gli sia conferito il suddetto insegnamento

a titolo gratuito

a titolo oneroso (solo se ricercatori universitari di ruolo)

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- che l'incarico rientra - non rientra nei limiti del proprio impegno orario;
- che gli è stato affidato per lo stesso anno accademico il seguente compito didattico istituzionale:

SSD	insegnamento	anno	sem.	CFU	ore

Corso di studio	sede

- di avere chiesto - avuto per lo stesso anno accademico il seguente affidamento/incarico:

SSD	insegnamento	anno	sem.	CFU	ore

Corso di studio	sede

All'uopo allega i seguenti titoli scientifici e didattici :

- 1) Curriculum vitae et studiorum
- 2) Elenco pubblicazioni
- 3) Programma del corso
- 4) Copia della richiesta di nulla osta (se dovuto)
- 5) Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità

Luogo e data

(firma)
