

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)

\_\_\_\_\_