



**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO INCARICO DIDATTICO IN DIPARTIMENTO
DIVERSO DA QUELLO DI AFFERENZA**

Al Prof. R. Vettor
Direttore del Dipartimento di
Medicina - DIMED

Il/La sottoscritto/a _____, qualifica
_____, SSD _____, in servizio presso
il Dipartimento di Medicina - DIMED,

CHIEDE

l'autorizzazione, in ottemperanza alla normativa vigente, per l'a. a. _____,
ad assumere l'incarico di insegnamento di:

presso il Dipartimento di _____,
Corso di Laurea/Scuola di Specializzazione Corso di Dottorato/Master in:

per un totale di _____ CFU, _____ ore, a titolo:

gratuito

oneroso.

DIPARTIMENTO DI MEDICINA - DIMED
Department of Medicine - Dimed

Direttore: Prof. Roberto Vettor



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara che l'incarico verrà svolto oltre il proprio compito istituzionale/affidamento diretto, assegnato dal Dipartimento di Medicina - DIMED.

Padova, _____

IL DOCENTE
