

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI INSEGNAMENTO PER IL PERSONALE DOCENTE DI RUOLO DELL'UNIVERSITÀ ROMA TRE (ALL. 1)

Al Chiarissimo Direttore del Dipartimento di SCIENZE DELLA FORMAZIONE

Il/La sottoscritt _____

N. tel. _____ e-mail _____ cell. _____

Visto l'AVVISO DEL _____ per il conferimento di incarichi di insegnamento per l'A.A. 2018-19.

CHIEDE

- l'assegnazione dell'incarico a titolo: GRATUITO _____ RETRIBUITO _____ per l'insegnamento di:

Settore Scientifico Disciplinare _____

presso il Corso di Laurea / Laurea magistrale/ a ciclo unico in _____

A TAL FINE FORNISCE I SEGUENTI DATI:

Qualifica: prof. I fascia __□__ prof. II fascia __□__ ricercatore __□__ SSD di appartenenza _____

Afferente DIPARTIMENTO/SCUOLA DI _____

IL/LA SOTTOSCRITT _____ DICHIARA INOLTRE:

- di accettare di decadere immediatamente in caso di rientro del titolare ovvero di nomina di nuovo titolare della disciplina coperta per affidamento;
- di rispettare il calendario, ed eventuali modifiche che si rendessero necessarie, delle lezioni e degli esami adottato dal Dipartimento di Scienze della Formazione;
- di impegnarsi alla pubblicazione dei programmi in italiano e in inglese, la modalità didattica e ogni altra informazione richiesta dal sistema informatico d'Ateneo
- di essere a conoscenza che:
in base alla normativa vigente (art. 39 Reg. gen. univ., R.D 674/1924) il registro delle lezioni va consegnato entro 10 giorni dalla fine del corso presso la struttura didattica competente;

Il/La sottoscritt _____ allega alla presente domanda:

- elenco pubblicazioni con link di riferimento (non necessario per il personale interno al Dipartimento che ha emanato l'Avviso)
- programma da svolgere nell'anno accademico 2018-2019 redatto anche in lingua inglese
- dichiara che sono soddisfatte le condizioni previste dall'art.24, c.1 del [Regolamento per la chiamata, la mobilità, i compiti didattici, il conferimento di incarichi di insegnamento e di didattica integrativa, il rilascio di autorizzazioni per attività esterne dei Professori e Ricercatori in servizio presso Roma Tre](#) _____

Data _____ Firma _____

LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE. OGNI VARIAZIONE DEI DATI INDICATI VA COMUNICATA TEMPESTIVAMENTE ALLA SEGRETERIA DELLA DIREZIONE DEL DIPARTIMENTO.

È possibile inviarla anche all'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): didattica.scienzeformazione@ateneo.uniroma3.it