



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SANITA' PUBBLICA E PEDIATRICHE

DIRETTORE: PROF.SSA ANNAMARIA CUFFINI

Piazza Polonia, 94 – 10126 Torino (Italia)
Codice Fiscale 80088230018 – P.IVA IT02099550010

ALLEGATO B

Modello per l'acquisizione del consenso espresso per iscritto dai ricercatori universitari di ruolo (RU) – da consegnare insieme alla domanda in risposta all'avviso di vacanza per la copertura dell'insegnamento.

Il/La sottoscritto/a.....Ricercatore universitario di ruolo presso il Dipartimento di....., ai sensi dell'art. 6, comma 4 della legge 240/2010 e dell'art. 5, comma 1 del "Regolamento di applicazione art. 6, commi 2, 3 e 4 della legge 30/12/2010, n. 240",

dichiara di accettare

l'assegnazione del modulo/corso
curriculare.....,
(denominazione insegnamento)

CODICE.....

SSD.....

CFU.....

ORE.....

del corso di studio in.....per l'A.A 2016/2017

Il cui avviso è stato pubblicato in data/...../.....

N.B.: Non sarà pertanto possibile retribuire incarichi di insegnamento nel caso in cui non vengano compilati e validati correttamente sia il Registro delle Lezioni che il Registro Informatizzato delle Attività Didattiche

Data.....

Firma.....