***UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI ROMA “LA SAPIENZA”***

**Richiesta di autorizzazione allo svolgimento di attività di docenza esterna alla Sapienza presso le Università ubicate nel territorio nazionale ed estero, escluse le telematiche ad eccezione di Unitelma Sapienza (**“*Regolamento per la concessione dell’autorizzazione allo svolgimento di attività di docenza esterna alla Sapienza*” emanato con D.R. n.4709 del 18.12.2012)

**Da compilare a cura del richiedente**  (docenti in regime di impegno a tempo pieno e a tempo definito - professori di I e II fascia e ricercatori/professori aggregati, ricercatori a tempo determinato, assistenti del ruolo a esaurimento e personale equiparato ai sensi dell’art.50 DPR 382/80 di questo Ateneo)

La presente richiesta deve essere presentata entro 30 gg dalla comunicazione del conferimento dell’incarico.

Ai fini del rilascio dell’autorizzazione dichiara di:

|  |  |
| --- | --- |
| * Garantire la totale copertura dei carichi didattici (professori ordinari e associati per almeno 12 CFU; ricercatori, ove a loro affidati, per 6 CFU); | **campi obbligatori** |
| * Essere pienamente attivo nell’ambito della valutazione della Qualità ella Ricerca (VQR); |
| * Essere in regola con la presentazione della rendicontazione annuale della didattica e con quella triennale della ricerca; |
| * Non trovarsi in anno sabbatico nel periodo di svolgimento dell’incarico; |
| * di non essere necessario, presso l’Università conferente l’incarico, per la sostenibilità didattica dei corsi di studio ivi presenti [da spuntare nel caso di insegnamenti nell’ambito di corsi di laurea di cui al punto b)] |

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME Nome** |  |
| Qualifica: |  |
| Facoltà: |  |
| Dipartimento di afferenza: |  |
| Università conferente l’incarico: |  |
| Convenzione del \_\_/ \_\_ /\_\_ \_\_ | (Campo obbligatorio solo se l’Ateneo conferente si trova nel Lazio) |
| Facoltà presso la quale è previsto lo svolgimento del corso |  |
| Titolo del corso:   1. Scuola di Specializzazione, Corso di Perfezionamento, Master, (MAX 40 ore); |  |
| b) Corso di laurea |  |
| Anno accademico  oppure  Dal\_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ |  |
| Importo del compenso previsto | Euro |
| (nel caso non fosse stato ancora stabilito l’ammontare complessivo del compenso, il sottoscritto si impegna fin d’ora a comunicarlo tempestivamente all’Amministrazione la quale è tenuta ad adempiere agli obblighi previsti dalla normativa vigente) | |
| *Data* | *Firma* |

**A cura del PRESIDE**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VISTA la delibera della Giunta della Facoltà | | di | | del | |
| VISTO il nulla osta del Dipartimento cui afferisce il docente; | | | | del | |
| ACCERTATO quanto dichiarato; | | | | | |
| * SI AUTORIZZA | DATA | | FIRMA  (IL PRESIDE) | |
| * NON SI AUTORIZZA |  | |  | |
| (specificare di seguito la motivazione) |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |

* Oppure