



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Dipartimento Universitario Clinico di Scienze mediche, chirurgiche e della salute

Il Direttore

**RICHIESTA CORRESPONSIONE DEL COMPENSO PER LA DIDATTICA
PER DOCENTI DI 1[^] E 2[^] FASCIA
per l'A.A. 20__/20__**

Il/la

COGNOME e NOME

In qualità di Docente di ruolo di 1[^] / 2[^] fascia di questo Ateneo,

CHIEDE

di poter svolgere a TITOLO ONEROSO per il modulo

presso il Corso di Studi in: _____

la propria ATTIVITÀ DIDATTICA FRONTALE eccedente i requisiti previsti dalla normativa vigente, e così come recepiti e disposti dagli Organi accademici di questo Ateneo, che ritiene di superare.

E' consapevole che la corresponsione dei compensi potrà avvenire solo in presenza dei suddetti requisiti e solo dopo le opportune verifiche sul carico didattico assolto, a seguito della consegna dei registri delle lezioni pertinenti e comunque nei tempi previsti dagli uffici per l'erogazione degli stessi.

Prende atto, infine, che la presente richiesta dovrà essere necessariamente inviata entro il giorno _____ al Coordinatore del Corso di studi e che oltre tale termine non potrà più essere considerata valida.

Sarà inoltre oggetto di formale delibera da parte del Consiglio di Dipartimento nei termini stabiliti.

Data: _____

Firma del Docente: _____

