



MONALDI - COTUGNO - C.T.O.

**AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI**  
(Monaldi - Cotugno - C.T.O.) di NAPOLI

"AZIENDA OSPEDALIERA  
SPECIALISTICA DEI COLLI"  
Monaldi - Cotugno - C.T.O.

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER LE ATTIVITA' DI DOCENZA/TUTORAGGIO**  
**CORSI DI LAUREA PER LE PROFESSIONI SANITARIE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, matricola  
\_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_, con la qualifica di \_\_\_\_\_

Dichiara di aver presentato domanda all'Università  
per l'affidamento  
dell'incarico/ degli incarichi di docenza/tutoraggio nei Corsi A.A. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Autorizzazione allo svolgimento delle attività di docenza / tutoraggio, di seguito specificate

Corso di studio	Tipologia di insegnamento	N. ore	Anno Accademico

**DICHIARA**  
(ai sensi del DPR n. 445/2000)

Che la stessa verrà svolta

- in orario di servizio
- fuori orario di servizio
  
- che l'impegno orario richiesto, singolarmente o sommato ad altri incarichi/attività già autorizzati/comunicate, non supera per il corrente anno accademico, il monte ore massimo di n. 60 ore
  
- che il limite massimo di n. 60 ore risulta comprensivo anche dell'impegno orario per le attività di docenza previste nell'ambito del Piano di Formazione aziendale

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- Si autorizza l'attività di docenza

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Il Direttore UOC / Responsabile UOSD)

- Si autorizza  
 Non si autorizza

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Il Direttore Generale)