

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____ iscritto/a al ____anno del Corso
di Dottorato di Ricerca in _____
ciclo _____

chiede l'autorizzazione svolgere l'attività di seguito indicata:

Tipologia incarico: _____

Oggetto dell'incarico: _____

Periodo: _____ n. ore _____

Compenso _____

soggetto che conferisce l'incarico: _____

Data _____

**(firma)*

Si approva

Il Supervisore Prof. _____

*Allegare documento di identità

Si autorizza

Il Coordinatore Prof. _____

l'attività deve essere coerente con il progetto formativo del dottorando, non in conflitto con gli interessi dell'Università e deve essere svolta con modalità e tempi idonei a consentire al dottorando lo svolgimento del programma di ricerca individuale e la regolare frequenza alle attività didattiche.
