

OGGETTO: Richiesta nulla osta per aderire alla selezione per il conferimento dell'incarico di docenza frontale nei corsi di studio delle Professioni Sanitarie

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
dipendente in qualità di _____ (matricola _____)

- ☐ con rapporto di lavoro a tempo indeterminato
- ☐ in servizio attivo presso la struttura organizzativa (SOC , SOS ...)
- _____

CHIEDE AL DIRETTORE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA

Il Nulla Osta per partecipare alla selezione e svolgere in caso di assegnazione dell'incarico di docenza frontale dell'Università di: _____ a.a. _____
per max 9 CFU

Impegno orario _____ ore

con la seguente modalità (segnare con una x la modalità scelta):

- ☐ **fuori orario di lavoro** (compenso orario di € 25.82)
- ☐ **in orario di lavoro** (compenso orario di € 5.16)

Data _____ Firma _____

VALUTAZIONE NULLA OSTA DEL DIRIGENTE AZIENDALE RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA

- ☐ SI AUTORIZZA LO SVOLGIMENTO DELLA DOCENZA FRONTALE **FUORI ORARIO DI LAVORO**
- ☐ SI AUTORIZZA LO SVOLGIMENTO DELLA DOCENZA FRONTALE **IN ORARIO DI LAVORO** in quanto compatibile con l'ordinaria prestazione lavorativa.
- ☐ LA RICHIESTA È **RESPINTA** per le seguenti motivazioni:
- _____
- _____

Il nulla osta ha validità per la durata dell'incarico e dei relativi rinnovi

data _____ (Firma Direttore/Direttrice della struttura) _____