 Al Direttore del Dipartimento di Scienze del Farmaco

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL FARMACO

**RICHIESTA DI INVITO COLLABORATORE OCCASIONALE**

**(Il presente modulo è da inviare all’indirizzo didattica.dsf@uniupo.it)**

Il sottoscritto (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sottopone all'attenzione del Direttore di Dipartimento richiesta di invito a svolgere in data xx/xx/xxxx presso il Dipartimento di Scienze del Farmaco la seguente attività sotto forma di incarico occasionale di lavoro autonomo della durata di n. \_\_\_ore:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’incarico sarà svolto da:

(Nome e Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di cui si allega il curriculum vitae (in caso fosse già a disposizione degli Uffici si prega di comunicarlo a didattica.dsf@uniupo.it).

L’attività in questione si inserisce nell’ambito delle attività di ▢ didattica ▢ ricerca di competenza del Dipartimento svolte nell’ambito del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare nome Corso di Studio o di Master o altro, precisando il CUP) con riferimento all’insegnamento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il nome dell’insegnamento inserito nell’offerta formativa).

Trattasi di attività ☐ curriculare ☐ extra curriculare

Il sottoscritto chiede inoltre che venga applicata la seguente situazione:

▢ Solo rimborso spese

rimborso spese viaggio ▢SI ▢NO

rimborso spese vitto ▢SI ▢NO

rimborso spese pernottamento ▢SI ▢NO

▢ Compenso lordo pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e rimborso spese

rimborso spese viaggio ▢SI ▢NO

rimborso spese vitto ▢SI ▢NO

rimborso spese pernottamento ▢SI ▢NO

La spesa sarà imputata nell’UPB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA DEL RICHIEDENTE

 (NOME COGNOME)

-----------------------------------------------

 Visto si approva

 Il Direttore di Dipartimento

 Prof. Marco Arlorio