*Al Coordinatore del Dottorato di ricerca*

*in …………………..*

*Prof. …………..………………….*

*SUA SEDE*

*Al Presidente del Corso di Studio*

 *in ……………………………………………..*

*Prof. …………..………………….*

*SUA SEDE*

**Richiesta per autorizzazione a svolgimento attività di cui all’art. 20 comma 3 del Regolamento di Ateneo in materia di Dottorato di ricerca D.R. 575/2022**

Il/La sottoscritto/a Dr. ………………………. , iscritto/a al …….. ciclo del Dottorato di ricerca in ………………………………………………., in accordo con il proprio Supervisore Prof./Dr. …………………………….. e con il Docente titolare dell’insegnamento di cui a seguito

richiede per il … semestre dell’anno accademico 20… - 20…

* l’autorizzazione a svolgere n. …. ore di **attività didattica integrativa** per l’insegnamento ……………………………………………………….. tenuto dal Prof./Dr. ……………………………………………………….. nell’ambito del Corso di Studio in ……………………………………………..
* l’autorizzazione a partecipare per n. …… ore alle **commissioni di esami di profitto** per l’insegnamento …………………………………………………….. tenuto dal Prof./Dr. ……………………………………………………….. nell’ambito del Corso di Studio in ……………………………………………..
* l’autorizzazione a partecipare per n. …… ore alle **commissioni di esami di laurea** nell’ambito del Corso di Studio in ……………………………………………..

nel rispetto del nuovo Regolamento di Ateneo in materia di Dottorato di ricercadell’Università degli Studi di Firenze, Decreto rettorale 12 maggio 2022 n. 575 prot. n. 103409, il cui art. 20 comma 3 prevede che: “I dottorandi, ai sensi dell’articolo 12, comma 3, del D.M. (226/2021), possono svolgere attività didattica integrativa e partecipare alle commissioni di esami di profitto e di laurea entro il limite massimo di quaranta ore in ciascun anno accademico”.

A tale proposito, escludendo la presente richiesta, il sottoscritto dichiara di avere già svolto nel presente anno accademico ….. ore per le attività sopra descritte.

*Luogo, data …………………………………………………*

**Il Dottorando** …………………………………..

*Nome, cognome, firma*

***Per presa visione e accettazione***

**Il Supervisore**

Prof./Dr. .………………………………....

*Nome, cognome, firma*

**Il Docente titolare dell’insegnamento**

Prof./Dr. .………………………………………..

*Nome, cognome, firma*