Immagine che contiene testo, logo, emblema, Marchio

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto. Immagine che contiene testo, logo, Carattere, Marchio

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

Al Coordinatore del Corso di Dottorato in Psicologia, Pedagogia, Linguistica e Studi di Genere,

Al Collegio dei Docenti

**Oggetto: Richiesta di autorizzazione allo svolgimento di incarico retribuito**

Il\La sottoscritto\a, dott.\dott.ssa [Nome e Cognome], nato\a a [Luogo di nascita] il [Data di nascita], iscritto\a al [Numero anno di iscrizione] anno del [Numero del ciclo] Ciclo del Corso di Dottorato in Psicologia, Pedagogia, Linguistica e Studi di Genere, (specificare: con\senza borsa)

* VISTO l’art. 15 del Regolamento di disciplina del Dottorato di ricerca dell’Università degli Studi di Napoli Federico II, che stabilisce la compatibilità del dottorato con lo svolgimento di incarichi retribuiti tendo conto che a) *per i dottorandi con borsa, le attività retribuite devono essere limitate a quelle riferibili all’acquisizione di competenze relative all’ambito formativo del dottorato*; b)  *per i dottorandi senza borsa va in ogni caso valutata in concreto l’eventuale incompatibilità derivante dall’attività lavorativa.*
* VISTO il DR/2024/1364 del 11/04/2024.

CHIEDE DI ESSERE AUTORIZZATO\A

ALLO SVOLGIMENTO DEL SEGUENTE INCARICO RETRIBUITO:

**Descrizione dell’incarico:............................................................................................................................**

**Durata prevista:** dal [Data di inizio] al [Data di fine]

**Soggetto proponente: ...........................................................................................................**

**Ente pagante: .........................................................................................................................**

**La richiesta ha il nulla osta preventivo del supervisore, il Prof\ la Prof.ssa ...................................................................................................................................................**

Napoli, lì

In fede

Firma del supervisore Firma del dottorando

Immagine che contiene Carattere, logo, Elementi grafici, grafica

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.Immagine che contiene testo, logo, Carattere, emblema

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

Mind, Gender and Language PhD

Al Coordinatore del Corso di Dottorato in Mind, Gender and Language

Al Collegio dei Docenti

**Oggetto: Richiesta di autorizzazione allo svolgimento di incarico retribuito**

Il\La sottoscritto\a, dott.\dott.ssa [Nome e Cognome], nato\a a [Luogo di nascita] il [Data di nascita], iscritto\a al [Numero anno di iscrizione] anno del [Numero del ciclo] Ciclo del Corso di Dottorato in Mind, Gender and Language (specificare: con\senza borsa)

* VISTO l’art. 15 del Regolamento di disciplina del Dottorato di ricerca dell’Università degli Studi di Napoli Federico II, che stabilisce la compatibilità del dottorato con lo svolgimento di incarichi retribuiti compatibilmente con lo svolgimento delle attività formative (didattiche e di ricerca) e tendo conto che a) *per i dottorandi con borsa, le attività retribuite devono essere limitate a quelle riferibili all’acquisizione di competenze relative all’ambito formativo del dottorato*; b) *per i dottorandi senza borsa va in ogni caso valutata in concreto l’eventuale incompatibilità derivante dall’attività lavorativa.*
* VISTO il DR/2024/1364 del 11/04/2024.

CHIEDE DI ESSERE AUTORIZZATO\A

ALLO SVOLGIMENTO DEL SEGUENTE INCARICO RETRIBUITO:

**Descrizione dell’incarico:..........................................................................................................**

**Durata prevista:** dal [Data di inizio] al [Data di fine]

**Soggetto proponente: ................................................................................................................**

**Ente pagante: ...............................................................................................................................**

**La richiesta ha il nulla osta preventivo del supervisore, il Prof\ la Prof.ssa ........................................................................................................................................................**

Napoli, lì

In fede

Firma del supervisore Firma del dottorando