



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA

Mod. Dir

**CONFERIMENTO DI INCARICHI RETRIBUITI
A PROFESSORI E RICERCATORI UNIVERSITARI A TEMPO PIENO**
Art. 53 D. Lgs. 165/2001
Regolamento d'Ateneo approvato con D.R. n. 6918/D del 02/05/2001

VISTA l'allegata comunicazione con la quale il Dott. / Prof. _____

richiede l'autorizzazione a svolgere il seguente incarico retribuito _____

presso _____

ACCERTATO CHE il suddetto incarico

- è compatibile con i compiti didattici del Dott. / Prof. suddetto
- non è** compatibile con i compiti didattici del Dott. / Prof. suddetto per i seguenti motivi: _____
- non arreca** pregiudizio al prestigio e all'immagine dell'Università
- arreca** pregiudizio al prestigio e all'immagine dell'Università per i seguenti motivi: _____

SI ESPRIME PARERE

- favorevole** allo svolgimento del suddetto incarico
- sfavorevole** allo svolgimento del suddetto incarico.

(Data)

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

(Firma)