



**Al Preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria**

(mail: [presidenza-medicinaodontoiatria@uniroma1.it](mailto:presidenza-medicinaodontoiatria@uniroma1.it) o PEC: presidenza.medicinaodontoiatria@cert.uniroma1.it)

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ DI DOCENZA ESTERNA ALLA SAPIENZA  
NELL'AMBITO DI CORSI DI LAUREA TRIENNALI, MAGISTRALI O A CICLO UNICO**

(ai sensi del [Regolamento per la concessione dell'autorizzazione allo svolgimento di attività di docenza esterna alla Sapienza](#) - D.R. n. 4709 del 18/12/2012 art. 4. )

**Da compilare a cura del richiedente**

Il sottoscritto (cognome e nome): .....

Codice Fiscale: .....

Qualifica: ..... Tempo Pieno  Definito  Determinato

SSD: ..... Dipartimento: .....

**chiede**

l'autorizzazione a svolgere l'insegnamento denominato: .....

presso l'Università ..... situata nella Regione Lazio, secondo quanto previsto dalla convenzione stipulata con Sapienza Università di Roma in data .....

presso l'Università ..... situata nell'ambito del territorio nazionale ed estero

nel Corso di Laurea in: .....

per l'Anno Accademico: .....

nel periodo: .....

Importo lordo del compenso: .....

*(nel caso non fosse stato ancora stabilito il periodo o l'ammontare del compenso, il sottoscritto si impegna fin d'ora a comunicarlo all'[Area Risorse Umane](#) – Settore stato giuridico economico personale docente, entro quindici giorni dalla loro definizione).*

Il sottoscritto dichiara:

che lo svolgimento dell'insegnamento in oggetto non causa alcuna interferenza con gli obblighi istituzionali, con particolare riferimento agli impegni didattici relativi allo svolgimento delle lezioni, alla partecipazione a commissioni d'esame e di laurea, etc. <input type="checkbox"/>
di aver garantito la totale copertura dei carichi didattici assegnati dal Dipartimento di afferenza, per almeno 12 CFU se Professore Ordinario o Associato, e, ove affidati, per 6 CFU se Ricercatore <input type="checkbox"/>
di essere pienamente attivo nell'ambito della Valutazione della Qualità della Ricerca (VQR) <input type="checkbox"/>
di essere in regola con la presentazione della rendicontazione annuale della didattica e con quella triennale della ricerca <input type="checkbox"/>
di non essere collocato in anno sabbatico nel medesimo anno di svolgimento dell'attività di docenza <input type="checkbox"/>
di non essere necessario, presso l'Università conferente l'incarico, per la sostenibilità didattica dei corsi di studio ivi presenti <input type="checkbox"/>

che l'attività di docenza esterna non sarà svolta presso un'università telematica (ad eccezione di Unitelma)

Si ricorda che, in attuazione delle norme sull'anagrafe delle prestazioni (ex L. n. 190/2012, art. 1, comma 42), entro 15 giorni dall'erogazione del compenso per gli incarichi, i soggetti pubblici o privati devono comunicarne l'ammontare all'[Area Risorse Umane](#) di Sapienza Università di Roma, P.le A. Moro n. 5 - 00185 Roma

Data.....

Firma .....

-----

VISTA la delibera della Giunta della Facoltà di Medicina e Odontoiatria del.....

Preso atto di quanto dichiarato

si autorizza

**NON** si autorizza

Il Preside  
Facoltà di Medicina e Odontoiatria

\_\_\_\_\_