

**AUTORIZZAZIONE ALL'INSEGNAMENTO
NEI CORSI DI STUDIO DELLA SCUOLA DI SCIENZE DELLA SALUTE UMANA
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE PER L'ANNO ACCADEMICO 2019/2020**

Il/La sottoscritt _____

Si dichiara disponibile per l'A.A. 2019/2020 per:

1. L'insegnamento/Il Modulo _____
Del Corso di Laurea in _____
Sede di _____
2. L'insegnamento/Il Modulo _____
Del Corso di Laurea in _____
Sede di _____
3. L'insegnamento/Il Modulo _____
Del Corso di Laurea in _____
Sede di _____
4. L'insegnamento/Il Modulo _____
Del Corso di Laurea in _____
Sede di _____
5. L'insegnamento/Il Modulo _____
Del Corso di Laurea in _____
Sede di _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali previste (art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445) dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del predetto DPR 445 di essere in possesso dei requisiti indicati nel CV autocertificato.

Dichiara inoltre di impegnarsi a svolgere l'eventuale attività di insegnamento conferita nel rispetto delle modalità orarie definite dalla struttura di appartenenza;

Data _____

Firma

Autorizzazione Direttore SOD/ADO/UO _____