

**Dottorato di Ricerca in Medicina Traslazionale e Oncologia  
Richiesta Autorizzazione Attività Lavorativa**

**Il presente modulo è da consegnare all'Ufficio Dottorato di Ricerca debitamente compilato e firmato dal Dottorando e dal Coordinatore**

**REGOLAMENTO DEL DOTTORATO DI RICERCA - ART. 17**

*Diritti e doveri dei dottorandi*

1. Salvo quanto disposto dagli art. 7 e 9, l'iscrizione al dottorato comporta un impegno esclusivo e a tempo pieno ed è comunque incompatibile con attività lavorativa a tempo pieno. Il Collegio docenti potrà autorizzare lo svolgimento di attività lavorative, purché tali attività non incidano sugli obblighi didattici e di ricerca previsti. I regolamenti interni dei Corsi definiranno i criteri e le modalità per la concessione dell'autorizzazione. *(Omissis)*

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

Iscritto al \_\_\_\_\_ anno del Dottorato di Ricerca in Medicina Traslazionale e Oncologia, Curriculum \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'autorizzazione a svolgere la seguente attività lavorativa:

\_\_\_\_\_

Motivazione:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descrizione dell'attività (luogo di svolgimento, durata, tipo di rapporto, impegno orario, ecc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

(Il Dottorando)

**AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEL COLLEGIO DOCENTI**

Il Collegio dei docenti nella seduta del \_\_\_\_\_ ha autorizzato il dottorando a svolgere la sopraindicata attività lavorativa.

\_\_\_\_\_

(Il Coordinatore)