



Al Collegio Docenti/Consiglio Direttivo
del Corso di Dottorato in Psychological
Sciences

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di
dottorando/a del _____ ciclo, chiede l'autorizzazione a svolgere attività di didattica integrativa per
l'insegnamento di _____ nell'ambito del
Corso di Laurea/Laurea Magistrale _____,
il cui docente responsabile è il/la Prof./Prof.ssa _____ per un
numero complessivo di _____ ore nel periodo da _____ a _____

Dichiara, inoltre, che la propria attività di didattica integrativa nell'Università di Padova non supera
nell'a.a. _____ il limite massimo di quaranta ore in ciascun anno accademico come
stabilito dal D.M. 45/2013.

Padova,

Firma Supervisore

Firma Dottorando/a
