



Alla Magnifica Rettrice
protocollosapienza@cert.uniroma1.it

All' Ufficio Reclutamento Professori I e
II fascia e Gestione Carriere Personale
Docente
Settore Stato Giuridico ed Economico
del Personale Docente

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE DOPPIA AFFILIAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il
_____, residente in _____, alla Via/Piazza
_____, in servizio presso il Dipartimento
_____ della Facoltà di _____ di questo Ateneo in
qualità di Professore Ordinario/Professore Associato/ Ricercatore Universitario in regime di
impegno a Tempo Definito,

CHIEDE

ai sensi della Legge 30 dicembre 2010 n. 240, art. 6, comma 12, modificato dalla Legge 27
dicembre 2017 n. 433, art. 1, comma 633, di essere autorizzato a svolgere attività didattica
e di ricerca presso l'Ateneo di _____ in regime di
doppia affiliazione.

Con osservanza.

Luogo e data