 **Immagine che contiene testo, uccello, Carattere

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.**

*Allegato 2*

OGGETTO: Richiesta nulla osta per aderire alla selezione per il conferimento dell’incarico di docenza frontale nei corsi di studio delle Professioni Sanitarie

Il/la sottoscritto/a nato/a il a dipendente in qualità di (matricola )

* con rapporto di lavoro a tempo indeterminato
* in servizio attivo presso la struttura organizzativa (SOD , U.O)

CHIEDE AL DIRETTORE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA

Il Nulla Osta per partecipare alla selezione e svolgere in caso di assegnazione dell’incarico di docenza frontale dell’Università degli Studi di Firenze A.A. 2025/26 per max 9 CFU

Impegno orario ore

**con la seguente modalità (**segnare con una x la modalità scelta**):**

* **fuori orario di lavoro (**compenso orario di € 25.82**)**
* **in orario di lavoro (**compenso orario di € 5.16**)**

Data Firma

VALUTAZIONE NULLA OSTA DEL DIRIGENTE AZIENDALE RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA

* SI AUTORIZZA LO SVOLGIMENTO DELLA DOCENZA FRONTALE **FUORI ORARIO DI LAVORO**
* SI AUTORIZZA LO SVOLGIMENTO DELLA DOCENZA FRONTALE **IN ORARIO DI LAVORO** in quanto

compatibile con l’ordinaria prestazione lavorativa.

* LA RICHIESTA **È RESPINTA** per le seguenti motivazioni:

Il nulla osta ha validità per la durata dell’incarico e dei relativi rinnovi

data (Firma Direttore/Direttrice della struttura )