

Università Politecnica delle Marche



Dipartimento Scienze della Vita e dell'Ambiente Nucleo Didattico

Al Magnifico Rettore
Università Politecnica delle Marche
Piazza Roma n. 22
60100 – ANCONA

Oggetto: Corso di _____
Presso _____

Il/la sottoscritto/a _____
Professore/ricercatore presso _____ di questa Università, ai fini della liquidazione della 1° rata dell'attività didattica aggiuntiva del corso in oggetto (da effettuare oltre le 350/250 ore di impegno a tempo pieno/definitivo),

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dagli artt. 47 e 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000,

di avere effettuato personalmente le seguenti ore:

data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____
data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____
data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____
data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____
data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____
data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____
data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____
data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____
data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____
data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____
data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____
data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____
data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____
data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____
data _____	dalle _____	alle _____	data _____	dalle _____	alle _____

TOTALE ORE _____

Ancona, li _____

Firma

Visto, si conferma
Il Direttore
Prof. Paolo Mariani