

Al Direttore del Dipartimento

**RICHIESTA DI CONTRATTO DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA  
PER ATTIVITA' DI DOCENZA NEL MASTER**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Riferimenti bancari \_\_\_\_\_

- laurea specialistica o vecchio ordinamento in \_\_\_\_\_

Indicare il titolo del Master nel quale viene svolta l'attività didattica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descrizione dell'attività didattica del collaboratore per il progetto:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sede di svolgimento dell'attività: \_\_\_\_\_

Periodo richiesto Mesi n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Compenso forfetario lordo Euro \_\_\_\_\_ Pagamento rateale in \_\_\_\_\_ soluzione/i

La spesa graverà sui fondi: \_\_\_\_\_ di cui è titolare \_\_\_\_\_

Padova, \_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_