

**Area Alta Formazione e Studi Avanzati**

Al Coordinatore Dottorato di ricerca in

(ciclo )

OGGETTO: Richiesta di compatibilità attività lavorativa

Il/la sottoscritto/a , nato/a a (prov, ) il ,

iscritto/a per l’anno accademico 20 /20 al anno di corso del dottorato di ricerca in (ciclo ),

D I C H I A R A

di svolgere la seguente attività lavorativa: presso *(in caso di lavoro dipendente o assimilato)* con il seguente tipo di contratto *(es.: tempo indeterminato, tempo determinato, co.co.co, ecc.): (eventuale scadenza: )* per n. ore settimanali *(ove il dato non sia certo, dichiarare la stima)*;

**N.B.: in caso di più attività lavorative, formulare un’unica richiesta che le includa e le dettagli tutte.**

 ***(indicare una sola delle seguenti opzioni)***

* di essere percettore di borsa di dottorato e di percepire per l’anno tributario 2024 un reddito imponibile annuo non superiore all’importo annuale della borsa, attualmente pari ad € 16.243,00;
* di non percepire la borsa di dottorato.

Pertanto, chiede al Collegio dei Docenti di deliberare in merito alla compatibilità della suddetta attività lavorativa con l’assolvimento degli obblighi previsti per la formazione di dottore di ricerca.

Il/La sottoscritto/a dichiara, sotto la propria personale responsabilità, che quanto affermato nella presente richiesta corrisponde a verità e di essere a conoscenza di quanto prescritto dall’art.76 D.P.R.28/12/2000 n.445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci.

Il/La sottoscritto/a esprime altresì il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente richiesta possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs.30/06/2003 n.196.



Ove nel corso dell’anno accademico intervengano variazioni rispetto a quanto dichiarato nella presente richiesta, il/la sottoscritto/a si impegna a darne immediata comunicazione scritta a codesta Università.

Confidando in un benevolo accoglimento della presente, porge distinti saluti. Foggia,

 FIRMA DOTTORANDO

**DICHIARAZIONE TUTOR DEL DOTTORANDO**

Io sottoscritto, prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di tutor del Dottorando/della

Dottoranda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dichiaro che tale attività lavorativa consentirà la regolare partecipazione al Corso di Dottorato.

LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via Gramsci 89/91 71122 . Foggia . Italia