|  |  |
| --- | --- |
| Via Venezia, 835131 Padovatel +39 049 8276596 fax +39 049 8276600<http://hit.psy.unipd.it/phd-bmcs>Posta certificata: dipartimento.dpg@pec.unipd.itCF 80006480281P.IVA 00742430283 | Al Coordinatore del Corso di Dottorato inBrain, mind and computer scienceProf.ssa Anna Spagnolli |

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione a svolgere attività lavorativa/extra dottorato

*Authorization request* *to carry out work / extra doctorate activities*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*The undersigned*

Iscritto/a al ciclo n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di questo programma di dottorato

*enrolled in the series n of this doctoral program*

nel curriculum:

*in the curriculum*

 Neuroscience, Technology, and Society
 Computer Science and Innovation for Societal Challenges

titolare di borsa finanziata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*beneficiary of a grant sponsored by*

chiede l’autorizzazione a svolgere attività lavorativa dal (data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al (data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*asks permission to work from (date) to (date)*

presso (indicare l’organizzazione e l’indirizzo della sede di lavoro)

*at (specify the organization’s name and the address of the workplace)*

per un impegno settimanale di ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e con retribuzione pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*for a weekly commitment of hours and a salary amounting to*

per svolgere la seguente attività\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*to perform the following activity*

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

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

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

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Il Richiedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Date Signature of the person asking permission*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Visto Il Supervisore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Date The supervisor*

Data delibera di approvazione del Collegio Docenti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Date of approval of the Faculty Board*