
## REGISTRO DELLE ATTIVITA’ DIDATTICHE

## DEI PROFESSORI E RICERCATORI

**Anno Accademico** .................

**Prof./Dott. ........................................................................................**

**Qualifica ….......................................................................................**

* **Tempo pieno**
* **Tempo definito**

**Settore scientifico disciplinare ……………………………………….**

**Dipartimento di ............................…...........….................................**

**Classe delle lauree …………….......................................................**

**INSEGNAMENTO ………………………………………………………………………………….**

**Settore scientifico disciplinare …………………………………………………………………**

**Corso di studio …………………………………………………………………………………….**

**Dipartimento ..……………………………………………………………………………………...**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **n° ore** | **Argomento della lezione** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Totale ore |  |  |

IL DOCENTE

#### **ESAMI DI PROFITTO DELL’INSEGNAMENTO**

#### **………………………………………………………………………………………………**

APPELLO DEL ...............……............ Esami sostenuti n......….... verbalizzati n ….........Tot.ore n. ...........

APPELLO DEL .....………….............. Esami sostenuti n....…...... verbalizzati n ……......Tot.ore n. ...........

APPELLO DEL ...............….............. Esami sostenuti n....…...... verbalizzati n ……......Tot.ore n. ...........

APPELLO DEL .....…………….......... Esami sostenuti n…...….... verbalizzati n ….........Tot.ore n. ...........

APPELLO DEL .....…………….......... Esami sostenuti n....…...... verbalizzati n ……......Tot.ore n. ...........

APPELLO DEL .....…………….......... Esami sostenuti n......….... verbalizzati n ….........Tot.ore n. ...........

APPELLO DEL .....……………......... Esami sostenuti n......….... verbalizzati n ……......Tot.ore n. ...........

APPELLO DEL .....…………............ Esami sostenuti n......….... verbalizzati n …..........Tot.ore n. ............

 **TOTALE COMPLESSIVO ..………**

**ESAMI DI LAUREA DELL’INSEGNAMENTO**

**…………………………………………………………………………………………….**

SESSIONE ESTIVA n. sedute ....................... Tot. ore n. ...........

SESSIONE AUTUNNALE n. sedute ....................... Tot. ore n. ...........

APPELLO INVERNALE n. sedute ....................... Tot. Ore n. .........

**TOTALE COMPLESSIVO ..……**

 IL DOCENTE

**ATTIVITA’ DIDATTICHE INTEGRATIVE** (Seminari, Esercitazioni, Laboratori, Stages .…)

**Settore scientifico disciplinare …………………………………………………………………**

**Corso di studio …………………………………………………………………………………….**

**Dipartimento ..……………………………………………………………………………………...**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **n° ore** | **Argomento** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Totale ore |  |  |

IL DOCENTE

**ALTRE ATTIVITA’ DIDATTICHE**

RICEVIMENTO STUDENTI n. ore ............

ORIENTAMENTO n. ore ............

TUTORATO n. ore ............

ASSISTENZA E SUPERVISIONE TESI E TESINE n. ore ............

ALTRE ATTIVITA’ (specificare)

....................................................................................................

....................................................................................................

....................................................................................................

....................................................................................................

..................................................................................................... n. ore .............

**TOTALE COMPLESSIVO ..…….…**

IL DOCENTE

**RIEPILOGO DELL’ATTIVITA’ DIDATTICA EFFETTIVAMENTE SVOLTA NELL’A.A.**

Ore per lezioni relative all’impegno didattico obbligatorio ………

Ore per lezioni svolte oltre l’impegno didattico obbligatorio a titolo gratuito ………

Ore per lezioni svolte oltre l’impegno didattico obbligatorio retribuibili ………

Ore per esami di profitto ………

Ore per esami di laurea ………

Ore per altre attività didattiche ………

 TOTALE ORE …….…\*

*\* PROFESSORI: non meno di 350 ore per il tempo pieno e non meno di 250 ore per il tempo definito (Art. 6 comma 2 legge 240/2010)*

*\* RICERCATORI A TEMPO DETERMINATO: non meno di 350 ore per il tempo pieno e non meno di 200 ore per il tempo definito (Art. 24 comma 4 legge 240/2010)*

*\* RICERCATORI A TEMPO INDETERMINATO: fino a un massimo di 350 ore per il tempo pieno e fino a un massimo di 200 ore per il tempo definito (Art. 6 comma 3 legge 240/2010)*

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

ART. 47 DEL D.P.R. n. 445/2000

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………

nato/a a ……………………………………. il ……………………………………………………

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia

# D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità, di aver effettivamente svolto le attività didattiche annotate

nel presente registro.

.................................... .............................................. \*

 Luogo e data Il dichiarante

*\* La sottoscrizione della presente dichiarazione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione della stessa. In alternativa la dichiarazione può essere sottoscritta dall’interessato ed inviata a questa amministrazione corredata da copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.*

Sulla base di quanto sopra dichiarato, si attesta la regolarità dell’attività didattica svolta dal Prof./Dott. ………..……………..

VISTO

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

………………………………………