

AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI
SEDE

OGGETTO: Opzione per il regime di impegno ai sensi dell'art. 6 comma 6) della Legge 30.12.2010 n. 240.

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____ in servizio
presso il Dipartimento di _____ con
la qualifica di _____ SSD _____

DICHIARA

di optare per il regime di impegno a tempo definito/pieno a decorrere dal ____/____/____;

- (*) di non essere iscritto/a ad alcun albo professionale;

- (*) di essere iscritto/a all'albo professionale di _____

con sede in _____ via _____

- di essere a conoscenza di tutti gli oneri e delle incompatibilità che la normativa vigente impone ai docenti e ricercatori/trici che abbiano optato per il regime di impegno a tempo pieno o definito.

(*) cancellare l'ipotesi che non interessa.

Cagliari, li _____

(firma)

Allegare copia fotostatica di un documento di identità

"L'Università degli Studi di Cagliari è titolare del trattamento dei dati personali ai sensi delle norme del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, e del Codice in materia di protezione dei dati personali D.Lgs. 196/2003, nel rispetto della dignità umana, dei diritti e delle libertà fondamentali della persona. L'informativa sul trattamento dati per la categoria di interessato DIPENDENTI è pubblicata sul sito https://www.unica.it/unica/it/utility_privacy.page "

"Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati per la categoria di interessato DIPENDENTI disponibile al link https://www.unica.it/unica/it/utility_privacy.page."

Data _____

(firma)