



Attività Didattiche Elettive - ADE

MODULO di richiesta attivazione / conferma corso

(da compilare in maiuscolo e restituire, firmato e timbrato, tramite e-mail a: LAUMED@UNINA.IT)

(parte a cura dell'ufficio competente)

Codice UGOV _____

Data registrazione _____

All'attenzione del Coordinatore del Corso di Laurea e del referente per le Attività Didattiche Elettive

Il/La sottoscritto/a _____, docente di _____, codice SSD _____, e-mail _____, cell _____, dichiara di voler: attivare un nuovo corso ADE confermare il precedente corso ADE

A tal fine, comunica:

Titolo del corso:			
Descrizione ed obiettivi: (conoscenze ed abilità che il corso si propone di far acquisire ed i relativi settori scientifico-disciplinari coinvolti)	_____ _____ _____		
Luogo di svolgimento: (edificio, aula, laboratorio, stanza, ecc)			
Data e Durata del corso: (minimo 16 ore per acquisire 1 CFU)			
Tipologia delle attività didattiche previste: (barrare solo la casella più appropriata)	<input type="checkbox"/> Corsi monografici <input type="checkbox"/> Seminari <input type="checkbox"/> Attività di laboratorio	<input type="checkbox"/> Discussione di casi clinici <input type="checkbox"/> Approfondimento pratico in reparti di ricerca o di clinica	<input type="checkbox"/> Altro: _____

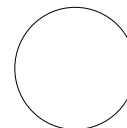
Docenti o altre figure professionali coinvolte (dottorandi, specializzandi, cultori materia, tecnici di lab., personale t.a., ecc):
(minimo 2: il docente proponente e almeno un docente a supporto costituiranno la Commissione esaminatrice)

	Ruolo nel corso ADE	Cognome e Nome	Dipartimento unina o istituto esterno	S.S.D. o materia trattata	Ore dedicate al corso
1	Docente proponente				
2	Docente a supporto				
3					
4					
5					

Data e luogo di svolgimento possono essere modificate o comunicate anche in seguito; fermo restando che tutte le informazioni e gli eventuali aggiornamenti sul corso ADE dovranno essere pubblicati sul profilo web del docente proponente (docenti.unina.it) con apposito avviso, almeno 30 giorni prima dell'inizio del corso.

Napoli, _____

Il docente richiedente (timbro e firma leggibile)



Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

I dati contenuti in questo documento sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzato esclusivamente per tale scopo, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Titolare del trattamento è l'Università, nella persona del Responsabile della protezione dati: rpd@pec.unina.it . Per eventuali informazioni, o chiarimenti sul presente procedimento, scrivere a: laumed@unina.it