



Università **Centro**
Ca' Foscari **Linguistico**
Venezia **di Ateneo**

Anno 2019

Periodo: 18/02/2019 – 10/05/2019

Registro attività didattiche integrative

Lingua	
Titolare dell'incarico	
Periodo	

Autocertificazione del titolare:

Ai sensi dell'art 8 del Regolamento per il conferimento d'incarichi di insegnamento e didattica integrativa ai sensi dell'art. 23 della Legge 240/2010 (selezionare o barrare la casella che interessa)

<input type="radio"/>	Dichiaro che il corso si è svolto regolarmente	
<input type="radio"/>	Dichiaro che il corso NON si è svolto regolarmente per i seguenti motivi:	
Dichiaro che le lezioni indicate nella pagina seguente sono state tenute personalmente dal sottoscritto		
	Data di compilazione registro	
	Firma autografa del titolare	
	Data di consegna registro	
	Visto di legittimità del Direttore del CLA	

N.B. Il registro va consegnato **con la firma in originale** alla segreteria del CLA alla **conclusione delle attività**

Registro

	Data	Argomento Trattato	n. di ore
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			

18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
Firma del titolare dell'affidamento/incarico _____			TOTALE ORE: <input type="text"/>