

Al Magnifico Rettore

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

in qualità di Coordinatore del dottorato di ricerca in

Professore ordinario di Università italiana

Professore associato di Università italiana

DICHIARA

di non aderire ad altri dottorati quale Coordinatore *

di essere in possesso dei requisiti per lo svolgimento delle funzioni di commissario ASN o di tutti e tre i valori soglia per l'accesso alle funzioni di professore di I fascia **

firma

* Il coordinatore può partecipare anche a un altro Collegio di dottorato in Italia (non con funzioni di coordinatore), a condizione che uno dei due dottorati sia in forma associata

** I valori soglia sono calcolati nel settore concorsuale di appartenenza del componente del collegio, come definiti dal

http://abilitazione.miur.it/public/documenti/2018/Tabelle_Valori_Soglia_ALLEGATI_DM_589_2018.pdf