

*Fondata nel 1562*

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI SASSARI

**Polo Universitario Penitenziario**

**Attenzione**: il presente modulo va compilato in ogni sua parte, firmato e trasmesso in formato pdf ai seguenti indirizzi di posta elettronica: delegato.pup@uniss.it e segreteria.pup@uniss.it scrivendo nell’oggetto **Richiesta autorizzazione per svolgimento di attività volontaria di tutoraggio PUP**

Alla DIREZIONE

Istituto Penitenziario di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Delegato rettorale per il Polo Universitario Penitenziario

Università di Sassari

Area Educativa

Istituto Penitenziario di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LORO SEDI**

**OGGETTO: richiesta di autorizzazione per svolgimento di attività volontaria di tutoraggio per studenti detenuti Dr./Dr.ssa COGNOME NOME**

Il/La sottoscritto/a, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il gg/mm/aaaa, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_,

diploma superiore in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il gg/mm/aaaa con la votazione di \_\_\_\_\_ presso l’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe di laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguita il gg/mm/aaaa con la votazione di \_\_\_\_\_/110 presso l’Università \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

attuale professione o professione svolta in passato se pensionato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

Di essere autorizzato/a a svolgere attività di tutoraggio in presenza e/o a distanza a beneficio degli studenti universitari del/dei corso/i di laurea/laurea magistrale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare di quale/i corsi di laurea) detenuti presso l’Istituto Penitenziario di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ afferenti al Polo Universitario Penitenziario dell’Università di Sassari nel periodo dal gg/mm/aaaa al gg/mm/aaaa.

Il/La sottoscritto/a si impegna a svolgere l’attività di tutoraggio sempre in accordo e in relazione con i Funzionari GP dell’Istituto e con il Comitato didattico dell’Università di Sassari. Si impegna altresì a svolgere la propria attività con la massima discrezione e nel rispetto delle normative che tutelano la privacy e i dati sensibili degli studenti e di altre persone detenute nell’Istituto Penitenziario, del personale dell’Amm.ne Penitenziaria e dell’Università con le quali dovesse eventualmente interagire.

Al fine dell’autorizzazione allega il seguente documento d’identità:

tipo documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rilasciato da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il: gg/mm/aaaa scadenza: gg/mm/aaaa

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa NOME COGNOME, C.F. XXX, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000,

**DICHIARA**

che quanto sopra riportato è rispondente al vero.

**Luogo, gg/mm/aaaa In fede, il dichiarante**

 **Dr./Dr.ssa NOME COGNOME**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**