



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

Sezione Didattica – Ripartizione Segreterie Laureati – Segreteria Dottorati di Ricerca
Tel. 040/676-3182 fax 040/676-3100 e-mail Dottorati@amm.univ.trieste.it

SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI PER PROGRAMMARE I DOTTORATI PER IL XVII CICLO AVENTI SEDE CONVENZIONATA PRESSO L'ATENEO DI TRIESTE

1.

DOTTORATO DI RICERCA IN (denominazione sufficientemente ampia e riferentesi al contenuto di un settore scientifico disciplinare o ad un'aggregazione di più settori):

AREE SCIENTIFICHE DI RIFERIMENTO DEL CORSO (denominazione corrispondente ai 14 comitati del CUN):

SETTORI SCIENTIFICO – DISCIPLINARI DI RIFERIMENTO

(utilizzare i codici presenti negli allegati al **D.M. 4/10/2000** pubblicato su G.U. n. 249 del 24 ottobre 2000 - supplemento ordinario n.175 o rinvenibili sul sito internet del MURST all'indirizzo: http://www.murst.it/atti/2000/dm001004_01.htm).

2.

RICHIESTA DI NUOVA ADESIONE (barrare al caso)

RICHIESTA DI RINNOVO ADESIONE (barrare al caso)



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

3.

UNIVERSITÀ SEDE AMMINISTRATIVA: _____
Per ogni borsa di studio finanziata dovrà essere specificato (nelle sezioni relative all'apporto finanziario) l'impegno finanziario, espresso in mesi, per l'eventuale periodo estero.

DIPARTIMENTO PROPONENTE: _____

APPORTO FINANZIARIO: _____

DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO (nel caso di nuova adesione)	REFERENTE DEL DOTTORATO (nel caso di rinnovo dell'adesione)
Prof. _____	Prof. _____
Tel: _____ Fax: _____	Tel: _____ Fax: _____
E-mail: _____	E-mail: _____

**EVENTUALI ALTRI DIPARTIMENTI DI QUESTA SEDE AMMINISTRATIVA
CONCORRENTI ALLA GESTIONE DEL CORSO:**

1. **DIPARTIMENTO:** _____
APPORTO FINANZIARIO: _____

2. **DIPARTIMENTO:** _____
APPORTO FINANZIARIO: _____

3. **DIPARTIMENTO:** _____
APPORTO FINANZIARIO: _____

4. **DIPARTIMENTO:** _____
APPORTO FINANZIARIO: _____

5. **DIPARTIMENTO:** _____
APPORTO FINANZIARIO: _____



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

4.

ELENCO EVENTUALI SEDI CONVENZIONATE (Università o altri soggetti pubblici e privati in possesso dei requisiti di elevata qualificazione culturale e scientifica e di personale nonché di strutture ed attrezzature idonee)

1. SEDE CONVENZIONATA: _____
2. SEDE CONVENZIONATA: _____
3. SEDE CONVENZIONATA: _____
4. SEDE CONVENZIONATA: _____
5. SEDE CONVENZIONATA: _____

5.

EVENTUALI INDIRIZZI NEI QUALI ARTICOLARE IL CORSO DI DOTTORATO:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

6.

ANNI DI DURATA DEL CICLO DI DOTTORATO (non inferiore a tre): _____

7.

DURATA MEDIA IN MESI DELL'EVENTUALE PERIODO DI FREQUENZA DA SVOLGERSI ALL'ESTERO DA PARTE DI OGNI DOTTORANDO DEL XVII CICLO NELL'AMBITO DI TUTTA LA DURATA DEL CORSO (massimo comunque 18 mesi per un dottorato triennale o 24 mesi per un dottorato quadriennale):

MESI: _____

8.

NUMERO TOTALE DEI DOTTORANDI (vincitori di posti ordinari più vincitori di eventuali posti in soprannumero) **LA CUI FORMAZIONE È POSSIBILE IN BASE ALLE STRUTTURE E AL NUMERO DI DOCENTI DEL DIPARTIMENTO PROPONENTE** (e degli eventuali

Numero: _____



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

altri dipartimenti concorrenti di questa Università)

9.

BORSE DI STUDIO RICHIESTE ALL'ATENEO DI TRIESTE AI FINI DELLA PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVAZIONE DEL CORSO DI DOTTORATO

Numero: _____

10.

ELENCO DOCENTI DI PRIMA E SECONDA FASCIA E RICERCATORI UNIVERSITARI DI QUESTO ATENEO INTERESSATI AL CORSO IN QUALITÀ DI: (uno almeno dell'elenco deve essere componente il collegio dei docenti con funzioni di Referente, nel caso di richiesta di rinnovo, ovvero disponibile ad accettare la nomina a Referente nel caso di richiesta di nuova adesione).

<input type="checkbox"/> PROPONENTI NEL CASO TRATTASI DI ADESIONE A DOTTORATO		<input type="checkbox"/> COLLEGIO DEI DOCENTI NEL CASO TRATTASI DI DOTTORATO DA RINNOVARE			
(per ogni proponente allegare una scheda personale con indicata la produzione scientifica dell'ultimo quinquennio nelle aree di riferimento del corso)		(per ogni componente allegare una scheda personale con indicata la produzione scientifica dell'ultimo quinquennio nelle aree di riferimento del corso)			
Cognome Nome	Settore scientifico- disciplinare di afferenza	Università di afferenza o sede di afferenza	Dipartimento o struttura di afferenza	Qualif. (*)	Recapito (Tel, Fax; E-mail)
1.					Tel. Fax E-mail
2.					Tel. Fax E-mail
3.					Tel. Fax E-mail
4.					Tel. Fax E-mail
5.					Tel. Fax E-mail
6.					Tel. Fax E-mail
7.					Tel. Fax E-mail



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

Cognome Nome	Settore scientifico- disciplinare di afferenza	Università di afferenza sede di afferenza	Dipartimento o struttura di afferenza	Qualif. (*)	Recapito (Tel, Fax; E-mail)
8.					Tel. Fax E-mail
9.					Tel. Fax E-mail
10.					Tel. Fax E-mail
11.					Tel. Fax E-mail
12.					Tel. Fax E-mail
13.					Tel. Fax E-mail
14.					Tel. Fax E-mail
15.					Tel. Fax E-mail
16.					Tel. Fax E-mail
17.					Tel. Fax E-mail
18.					Tel. Fax E-mail
19.					Tel. Fax E-mail
20.					Tel. Fax E-mail



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

(* Indicare:

PO= Professore Ordinario, PA= Professore Associato, RU= Ricercatore universitario,



11.

REFERENTE DEL DOTTORATO CON FUNZIONI DI COORDINATORE LOCALE					
(Solo nel caso trattasi di dottorato già istituito per il XV o XVI ciclo con l'adesione accertata dell'Università di Trieste, di cui si chiede il rinnovo. Compilare inoltre una scheda personale con indicata la produzione scientifica dell'ultimo quinquennio nelle aree di riferimento del corso).					
Cognome Nome	Settore scientifico- disciplinare di afferenza	Università di afferenza	Dipartimento	Qualif. (*)	Recapito (Tel, Fax; E-mail)
		TRIESTE			Tel. Fax E-mail
(*) Indicare: PO= Professore Ordinario, PA= Professore Associato					

12.

OBIETTIVI FORMATIVI E TEMATICHE DI RICERCA DEL DOTTORATO
(allegare descrizione sintetica).

13.

PROGRAMMI DI STUDIO DEL DOTTORATO E DIDATTICA INTEGRATIVA
(allegare descrizione dettagliata esplicitando anche il percorso formativo).

14.

**REQUISITI RICHIESTI DALLA SEDE AMMINISTRATIVA IN BASE AL PROPRIO
REGOLAMENTO**
(allegare descrizione dei requisiti maggiormente significativi e qualificanti)



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ CHE TUTTI I DATI FORNITI SONO COMPLETI ED ESATTI E CHE CI ATTERREMO ALLE DISPOSIZIONI PREVISTE DAL REGOLAMENTO DELLA SEDE AMMINISTRATIVA PER QUANTO RIGUARDA I REQUISITI AI SENSI DEL D.M. 224/99.

DATA DELLA DELIBERA DEL CONSIGLIO DEL		Trieste,
DIPARTIMENTO PROPONENTE		
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO PROPONENTE (in caso di richiesta di nuova adesione)	IL REFERENTE DEL DOTTORATO (in caso di richiesta di rinnovo dell'adesione)	
..... (firma) (firma)	

Data, _____