

AL DIRETTORE DEL
DIPARTIMENTO
DI MEDICINA MOLECOLARE

Il/La sottoscritto/a _____
(qualifica) _____, nel S.S.D. _____,
in servizio presso il DIPARTIMENTO DI MEDICINA MOLECOLARE

CHIEDE

di essere autorizzato ad assumere per l'A.A. _____ l'affidamento dell'insegnamento
di _____, CFU _____ ore _____,
valido per il CdS in _____, (Dipartimento di
Afferenza: _____).

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara che l'affidamento verrà svolto oltre i compiti istituzionali, ed eventualmente oltre l'affidamento diretto (se Ricercatore), assegnati dal Dipartimento di Medicina Molecolare.

IL DOCENTE

LUOGO E DATA
