

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_