

Via A. Gabelli 63 - 35121 Padova  
C.F. 80006480281 - P.IVA 00742430283

*Al Direttore del Dipartimento di  
Medicina Molecolare*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(qualifica) \_\_\_\_\_, nel SSD \_\_\_\_\_

in servizio presso il DIPARTIMENTO DI MEDICINA MOLECOLARE (DMM)

**CHIEDE**

di essere autorizzato/a a svolgere per l'AA \_\_\_\_/\_\_\_\_ presso il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(corso di laurea, scuola di specializzazione, master, corso di perfezionamento, corso di alta formazione, ecc.)*

che afferisce al/alla \_\_\_\_\_ (dipartimento, Scuola Galileiana)

i seguenti insegnamenti: *(specificare denominazione, anno, semestre, SSD, tipologia attività formativa, n. di ore, n. di CFU)*

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

A tal fine dichiara che l'affidamento verrà svolto oltre i compiti istituzionali, ed eventualmente oltre l'affidamento diretto, assegnati dal Dipartimento di Medicina Molecolare.

LUOGO E DATA

IL DOCENTE

\_\_\_\_\_