



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