

(Allegato B)

Al Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Microchirurgiche e Mediche

Oggetto: Copertura insegnamenti dei corsi di laurea magistrale (e a ciclo unico) e delle professioni sanitarie Università degli Studi di Sassari – a.a. 2014/2015

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Domiciliato in _____ CAP _____ via/piazza _____ n. _____

Tel. _____ cellulare _____ e-mail _____

Posizione:

In servizio presso _____

CHIEDE

Che gli/le siano conferiti, a titolo gratuito i moduli in elenco nell'ambito del corso di laurea in:

Moduli richiesti:

C.d.L.	Anno/ Sem	Modulo	SSD modulo	CFU	Ore	Mutuazioni

Sassari, li _____

Firma leggibile