

(Allegato A)

Al Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Microchirurgiche e Mediche

Oggetto: Copertura insegnamenti del corso di laurea in Fisioterapia 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 il seguente insegnamento nell'ambito del corso di laurea in **Fisioterapia:**

Anno/Sem	Insegnamento da ricoprire	SSD insegnamento	CFU	Ore
2a1s	Laboratorio di Informatica (idoneità)	-	3	36

Sassari, lì _____

Firma leggibile