



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**Facoltà di Medicina e Odontoiatria**  
**Corso di Laurea in Infermieristica**  
Sede di Viterbo

Il/la sottoscritto/a....., nato a .....e residente  
a ..... in Via.....n..... dichiara  
di accettare a svolgere le attività didattiche frontali (lezioni) presso i locali a disposizione del Corso  
di Laurea .  
Recapito telefonico.....e-mail.....

Firma

---