



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Facoltà di Medicina e Odontoiatria
Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica
Sede di Viterbo

A.A. 2015/16

Al Presidente del Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica sede di Viterbo

Prof.ssa Anna Teresa Giallonardo

Il/la sottoscritto/a _____

con la qualifica di _____

dipendente presso _____

recapito telefonico _____

chiede l'incarico di insegnamento nel Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie in Tecnica della
Riabilitazione Psichiatrica sede di Viterbo.

insegnamento di _____

modulo di _____

del __ anno __ semestre.

Firma _____

Roma, _____