

Siena, _____

Al Direttore
del Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e Neuroscienze
Università degli Studi di
Siena _____

Il sottoscritto _____ (ssd) _____

(qualifica) _____

(Dipartimento): _____

Conferma/presenta la propria disponibilità per l' a.a. **2017/2018** da erogare nell'a.a. 2018/2019 a svolgere attività/compiti didattici

nella Scuola di Specializzazione in: _____

anno _____

modulo di _____ ssd MED _____ (Credit _____) Ore _____

Si ricorda che verranno prese in considerazione le disponibilità pervenute da parte dei Ricercatori fatta salva la verifica del carico didattico dei Professori di I e II fascia.

Firma
