

**Al Presidente del CdLM in
Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie
Prof. Giovanni Ristori
Sapienza -Università di Roma-**

(per docenti in servizio presso Ente in convenzione) A.A. 2024/2025

Il sottoscritto nato a(....)
il..... Codice Fiscale con la qualifica
di
dipendente di ruolo dell'ASL DI VITERBO, presso la U.O.
di
Cell.....
email.....

chiede

l'affidamento didattico della materia di
nell'ambito dell'insegnamento del Modulo di:

.....
SSD.....

Totale CFU

del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, Facoltà di
Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma, sede ASL di Viterbo.

Con la presente si sottoscrive al contempo l'accettazione a svolgere le attività didattiche frontali
(lezioni) presso i locali a disposizione del Corso, secondo quanto pianificato dalla Direzione delle
Attività Didattiche.

Si allega:

- curriculum vitae et studiorum;
- elenco delle pubblicazioni scientifiche;

Il sottoscritto, consapevole che l'incarico è senza oneri per l'Università, chiede il nulla osta per
l'affidamento didattico in oggetto al Direttore della struttura di appartenenza

Firma: _____

Firma del Direttore dell'Amministrazione di appartenenza

TIMBRO E DATA