



Dottorato di Ricerca in Medicina Traslazionale e Oncologia Richiesta Autorizzazione Attività di Docenza

Al Coordinatore del Dottorato in Medicina
Traslazionale e Oncologia

Oggetto: Richiesta Autorizzazione Attività di Docenza

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ (prov.) _____ il _____
e-mail _____
tel. Cellulare _____
Dottorando iscritto al _____ anno del _____ ciclo di Dottorato in Oncologia Curriculum _____
Autorizzato alla presente dal proprio Tutor: Prof./Prof.ssa _____

Chiede

L'autorizzazione a svolgere attività di Docenza presso _____
come previsto dall'Art.10 .3 del Regolamento del Dottorato di Ricerca.
Tale attività risulta compatibile con il Dottorato di Ricerca ed è intesa come complementare al programma stesso.

Roma, _____

In fede

Visto:

Tutor: Prof./Prof.ssa _____

Si autorizza la richiesta, che sarà ratificata dal Collegio dei Docenti:

Visto del Coordinatore del Dottorato Prof./ Prof.ssa: _____

Richiesta Ratificata dal Collegio dei Docenti in data: _____