



Dottorato di Ricerca in Oncologia Richiesta Autorizzazione Attività di Docenza

Al Prof. Bruno Annibale
Coordinatore del Dottorato in
Oncologia

Oggetto: Richiesta Autorizzazione Attività di Docenza

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a 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. Bruno Annibale: _____

Richiesta Ratificata dal Collegio dei Docenti in data: _____