



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Facoltà di Medicina e Odontoiatria
Corso di Laurea in Terapia Occupazionale
Sede di Viterbo

Il/la sottoscritto/a....., nato ae residente
ain Via.....n..... dichiara
di accettare a svolgere le attività didattiche frontali (lezioni) presso i locali a disposizione del Corso
di Laurea .
Recapito telefonico.....e-mail.....

Firma
