



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Facoltà di Medicina e Odontoiatria
Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica
Sede di Viterbo

Il/la sottoscritto/a....., dichiara di accettare di svolgere le attività didattiche frontali presso i locali della AUSL Viterbo e di collaborare con gli altri docenti del corso integrato all'organizzazione delle attività tecnico-pratiche.

Recapito.....
.....
.....

Roma,

Firma