



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**Facoltà di Medicina e Psicologia**  
**Corso di Laurea Magistrale in: Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie**  
**Sede Viterbo**

*Presidente: Prof. Francesco Orzi*

**Anno Accademico 2017/2018**

Al Prof. Francesco Orzi  
Presidente del Corso di Laurea Magistrale in:  
Scienze Riabilitative delle Professioni sanitarie  
Sede "Viterbo" (Cod. corso 16068)  
Facoltà Medicina e Psicologia  
Via di Grottarossa 1035-1039  
00189 Roma

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a .....  
il ..... domicilio fiscale: via/piazza .....  
.....  
CAP ..... Città .....  
tel. .... fax .....  
Codice fiscale .....  
dipendente presso.....  
con la qualifica di.....  
chiede l'incarico di insegnamento **non retribuito** di .....

Insegnamento:.....

Modulo:.....

Anno/semestre:.....

nell'ambito del Corso di Laurea Magistrale in: Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie sede "Viterbo" (cod. 16068) per l'Anno Accademico 2017/2018.

Dichiara inoltre di essere  o non essere  già stato docente nell'anno accademico 2016/2017 e che non sono intervenuti elementi di incompatibilità.

Data ..... Firma .....

**Allegati:**

- 1. Curriculum vitae et studiorum**
- 2. Elenco dei titoli scientifici e professionale**
- 3. Dichiarazione di trattamento dei dati in conformità alla normativa vigente in materia**