

All'Ampl.mo Presidente  
Scuola di Medicina  
P.zza G. Cesare,11-Bari  
Fax 080/5478666

Oggetto: Richiesta certificato d'insegnamento.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ qualifica professionale \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Il rilascio di n. \_\_\_\_\_ certificato attestante il conferimento del seguente incarico d'insegnamento:

1. \_\_\_\_\_:

2. \_\_\_\_\_:

svolta/e nell'A.A. \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_ Sem. \_\_\_\_\_

presso il Corso di Laurea in \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_.

1. \_\_\_\_\_:

2. \_\_\_\_\_:

svolta/e nell'A.A. \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_ Sem. \_\_\_\_\_

presso il Corso di Laurea in \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_.

1. \_\_\_\_\_:

2. \_\_\_\_\_:

svolta/e nell'A.A. \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_ Sem. \_\_\_\_\_

presso il Corso di Laurea in \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_.

Indirizzo/recapito tel. \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_