All'Ampl.mo Presidente
Scuola di Medicina
Università degli Studi di bari Aldo Moro

Email protocollo.scuolamedicina@uniba.it

Oggetto: Richiesta certificato di insegnamento.

Il/La sottoscritto/a _____

Nata/o a _____ il _____ residente a _____

Via_____n.____qualifica professionale_____

In servizio presso_____

CHIEDE

Il rilascio di n.___ certificato/i attestante il conferimento del/dei seguente/i incarico/chi di insegnamento:

1._____:

2. _____:

svolto/i 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 mail /recapito tel.____ _____

Luogo e data_____ In fede

_____