



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**FACOLTA' DI MEDICINA E ODONTOIATRIA**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE E MAXILLO FACCIALI  
CORSO DI LAUREA DI IGIENE DENTALE B CASSINO-FR.**

**A.S.L FR**

*Presidente: Prof. Roberto Di Giorgio*

**(PER DOCENTE IN SERVIZIO PRESSO ASL FR)**

**A.A. 2020/2021**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Con la qualifica di \_\_\_\_\_

Dipendente presso \_\_\_\_\_

Chiede l'affidamento didattico del modulo di \_\_\_\_\_

Nell'ambito dell'insegnamento di \_\_\_\_\_

Del Corso di Laurea in IGIENE DENTALE B-CASSINO Asl Fr

*Firma* \_\_\_\_\_

*Data* \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, consapevole che l'incarico è senza oneri per "SAPIENZA" Università di Roma, chiede il nulla osta per l'affidamento didattico in oggetto al Direttore della struttura di appartenenza.

*Firma del Direttore dell'Amministrazione di appartenenza*

\_\_\_\_\_

**TIMBRO E DATA**