



NULLA OSTA CORSI SINGOLI INTEGRATIVI

Al Direttore del Dipartimento di _____

Al Prof. _____

Il /la sottoscritto /a _____ nato/a a _____

_____ il _____ residente a _____

in Via _____ n. _____ tel. _____ / _____ Cell. _____

CHIEDE

L'autorizzazione a sostenere i seguenti corsi singoli integrativi:

Insegnamento	CFU	S.S.D

Cassino, _____

Con Osservanza

Si rilascia l'autorizzazione a sostenere quanto sopra richiesto

Prof. _____