



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

DIPARTIMENTO DI SCIENZA E TECNOLOGIA DEL FARMACO

Modulo di richiesta di AFFIDAMENTO DI INCARICO DI INSEGNAMENTO

Il sottoscritto _____

Professore di I Fascia ☐	Professore di II Fascia ☐	Ricercatore T.I. ☐	Ricercatore T.D. ☐
---	--	---	---

inquadrato nel Settore Scientifico Disciplinare _____

presso il Dipartimento di _____

avendo preso visione dell'avviso di vacanza di insegnamenti presso il Dipartimento di Scienza e
Tecnologia del Farmaco per l'anno accademico _____,

dichiara la propria disponibilità all'eventuale conferimento dell'affidamento dell'insegnamento di

CFU _____ Settore Scientifico Disciplinare _____

per il corso di studio in _____

secondo le condizioni specificate nell'avviso di vacanza.

Data,

Il Docente