

DICHIARAZIONE PER IL TITOLO DI PROFESSORE AGGREGATO

Io sottoscritto/a Prof./Prof.ssa _____ Preside della
Facoltà di _____

DICHIARO

che il/la Dott./Dott.ssa _____

- in qualità di ricercatore a tempo indeterminato svolge, all'interno della programmazione didattica definita dai competenti organi collegiali di Facoltà, il seguente corso/modulo curricolare:

_____ per l'A.A. 20___/20___

nonché i compiti di tutorato e di didattica integrativa.

Roma,

Firma
Il Preside della Facoltà