

ALLEGATO **B**

UOSD/FORM Prot. 38 del 19/05/2026

Al Direttore Generale ASL Roma 5
Dott.ssa Silvia Cavalli

Modulo per la domanda da parte di docenti del Corso di Laurea in Logopedia

Sede di Tivoli

A.A. 2026/2027

Il/La sottoscritto/a _____

Con la qualifica di _____ SSD _____

chiede l'affidamento didattico per la disciplina _____

nell'ambito dell'insegnamento corso integrato di _____

del Corso di Laurea in _____

sede di _____

per l'anno di corso _____ semestre _____

Firma _____

Data _____