



Università degli Studi di Torino
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ANESTESIA,
RIANIMAZIONE, TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE
Direttore: Prof. Luca Brazzi

C.so A. M. Dogliotti 14 – 10126 TORINO Segreteria: 011/ 670.65.38 fax 011/ 236.65.38
e-mail segreteria: paola.cheirasco@unito.it

**MODULO DI DOMANDA PREDISPOSTO DALLA SEGRETERIA DELLA SCUOLA PER
L’AFFIDAMENTO DI DISCIPLINE ATTIVATE PER L’A.A. 2016/2017 DESTINATE AL
PERSONALE DOCENTE OSPEDALIERO**
(da compilarsi a macchina o in stampatello)

Al Coordinatore della Scuola di
Specializzazione in Anestesia, Rianimazione,
Terapia Intensiva e del Dolore
Prof. Luca Brazzi

Il/La sottoscritt__ Prof./Dr. _____

In servizio presso l’Azienda Ospedaliera (indicare la denominazione, la sede e la Divisione in cui si svolge l’attività)

Convenzionata con la Scuola in oggetto, con la qualifica di _____

preso atto dell’elenco delle discipline attivate per l’anno accademico 2016/2017 e messe in affidamento,

CHIEDE

Di poter ricoprire, senza oneri aggiunti a carico dell’Università, la disciplina:

Sett. Sc.-disc. _____ prevista al _____ anno di corso per un totale di _____ ore

CFU _____

Il sottoscritto allega alla presente il proprio curriculum.

In fede

Torino, _____