

**Sapienza-Università di Roma**

**CL Logopedia sede di RIETI**

*(per docente in servizio presso Ente in convenzione)*

**A.A. 2025/2026**

Il/la

sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

dipendente presso \_\_\_\_\_

chiede l'affidamento didattico del modulo di \_\_\_\_\_

nell'ambito dell'insegnamento di \_\_\_\_\_

del Corso di Laurea LOGOPEDIA sede di Rieti

*Firma* \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_