



Alla Direttrice del Dipartimento di
Scienze Cardio-Toraco-Vascolari
e Sanità Pubblica
e p.c.
Al Presidente del Corso di Laurea

in _____

Prof. / Prof.ssa _____

Padova, _____

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE VISITA DIDATTICA FUORI SEDE

Docente _____

Corso di Laurea in _____

Insegnamento _____

Anno di corso _____ Semestre _____

Destinazione _____

il _____

con partenza prevista il _____

e rientro previsto il _____

mezzo impiegato _____

Si allega elenco partecipanti

FIRMA
