



Allegato 1

ASP MO IOS 01/1 Rev. 04

REGISTRO

CORSO DI LAUREA IN _____ SEDE DI MODENA

Docente:_(in stampatello) _____

Materia: _____

Tipologia*: Lezione
 Seminario

svolte/o nel

I semestre
 II semestre

A.A. di corso: _____/_____

*Specificare se lezione o seminario

MATERIA	DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	TOTALE ORE	FIRMA DOCENTE	PRECISARE SE LE ORE SONO STATE SVOLTE IN O FUORI ORARIO DI SERVIZIO

Docente dipendente (barrare la casella)

AOU Modena – Nuova Matricola regionale _____

AUSL Modena - Nuova Matricola regionale _____

Altro (specificare) _____

Data _____

Coordinatore AFP del Corso di Laurea
(timbro e firma)

NB: AL FINE DELLA LIQUIDAZIONE DELLE ORE DI DOCENZA EFFETTUATE TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE CORRETTAMENTE COMPILATI