AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA Città della Salute e della Scienza di Torino	**Mod. LPS015 - PROGRAMMAZIONE LEZIONI**	Revisione nr. 1.1 Emissione del: 17.02.2017

Il SOTTOSCRITTO

Cognome _____ **Nome** _____ **Telefono** _____

A titolo di ☐ COORDINATORE ☐ TUTOR ☐ SEGRETERIA DIDATTICA ☐ DOCENTE

Richiede la seguente programmazione per il

☐ CORSO DI LAUREA ☐ CORSO TUTOR ☐ MASTER

_____

A.A. _____ **Semestre** _____ ***Anno di Corso*** _____ **Canale** _____

	Data	INSEGNAMENTO / Modulo	TITOLO DELLA LEZIONE*	COGNOME NOME DOCENTE (o note)	Ora inizio	Ora fine	N° di posti x Aula	N° di Aule
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

* Indicare il titolo del laboratorio o “esame”

Data _____

Firma del richiedente _____