Allo/a studente/studentessa

*o*

Al Dottorando/Borsista

*o*

Ad altro personale inserito nelle attività didattiche/di ricerca

e, p.c. *Al Direttore del Dipartimento*

*e/o*

*Al Responsabile del Centro*

Il sottoscritto Prof./Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Dipartimento/Centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Università di Verona

**AUTORIZZA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Il Sig./Dott. La Sig.ra/Dott.ssa |  (*Nome*) |  |  (*Cognome*) |

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*indicare indirizzo completo: Via-N.ro civico-C.a.p.-Città-Provincia-Stato)*

a frequentare il Dipartimento/Laboratorio/Centro di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel periodo (indicare possibilmente anche giorni e orari): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per poter svolgere attività indifferibile inerente ……………………………………………………….…...

Verona, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Responsabile della ricerca *o*

il Relatore di tesi *o*

Il Responsabile del progetto …………….

Prof./Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_