|  |  |
| --- | --- |
|   | **Assegnazione di incarico di Tutorato – PLS - Piano Lauree Scientifiche****Dipartimento di Matematica “Felice Casorati”** **anno accademico 2016-2017 – II semestre** |
| LA COMMISSIONE GIUDICATRICE PER L’ASSEGNAZIONE DEGLI ICARICHI DI TUTORATO – PLS, da impiegare nel Dipartimento di MATEMATICA “fELICE CASORATI”, ASSEGNA A: COGNOME E NOME............................................................……………………..............………………………………………………………..…………………………..… UN INCARICO DI COLLABORAZIONE PER IL PROGETTO……………………………………………………………………………………………..…………………………….**RICEVUTA DA CONSEGNARE AL TUTORE**DI CUI E’ RESPONSABILE IL PROF. *Mirko Maracci*PER UNA DURATA DI N ° …….…… ORE. IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI MATEMATICA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - --

|  |  |
| --- | --- |
| **DA CONSEGNARE ALLA SEGRETERIA DI DIPARTIMENTO** | COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO CHIARO E LEGGIBILE  |
| IL/LA SOTTOSCRITTO/A (cognome).........................................................…………………….........(nome)……………………………………………......………………….* studentE iscrittO in posizione regolare (“in corso”) aL corsO di Laurea Magistrale dell'Università degli Studi di Pavia DI…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* iscrittO aL DottoratO di Ricerca con sede presso l'Università degli Studi di Pavia o ai quali l'Ateneo stesso partecipi quale sede consorziata: …………………………………………………………………………………...……………………………….............................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………CODICE FISCALE…………………………… ........................................ ………………………….….……… NATO/A A............................................................ (……….) IL………………………………………….………. RESIDENTE A…………………………………………………………………………………………………………………….. PROV ....... VIA …………...………….….………………………………………………………………………..……………….............................................……. CAP ………………………………… RECAPITO TELEFONICO CASA …………………………………..……………………………………...…….. CELL. ................................................................................... E-MAIL ................................................................................................................................................................................................................................ DICHIARA DI ACCETTARE IL SEGUENTE INCARICO DI COLLABORAZIONE PER LA SEGUENTE CLASSE DI ABILITAZIONE: …….........................................................................................................................................................................................................................................ATTIVATO DAL DIPARTIMENTO DI ..................................................................................................................................................................................... DI CUI E’ RESPONSABILE IL PROF. ......................……………................…………………………………….........……………… PER LA DURATA DI ................. ORE Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA DEL TUTOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |