|  |  |
| --- | --- |
|  | **Assegnazione di incarico di Tutorato – PLS - Piano Lauree Scientifiche**  **Dipartimento di Matematica “Felice Casorati”**  **anno accademico 2016-2017** |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |