



UNIVERSITÀ  
POLITECNICA  
DELLE MARCHE

## Corso di Laurea in Igiene Dentale

Presidente: Prof.ssa Giovanna Orsini

### SERVIZIO ECONOMATO E PATRIMONIO

**Oggetto:** autorizzazione partecipazione corsi/congressi/seminari

Il sottoscritto..... iscritto al .....anno del CL

in Igiene Dentale, matricola n. ....

#### Chiede

l'autorizzazione a partecipare al corso/congresso/seminario autorizzato dal Direttore ADP come attività formativa facoltativa

.....

Sull'argomento.....

Che si svolgerà a.....dal.....al.....

In allegato copia del Programma.

Previo parere favorevole del Presidente. ☐ **Parere favorevole**

Data.....

Firma.....

Autorizzo la partecipazione

Il Direttore ADP

Dott.ssa Scilla Sparabombe.....

Inviare compilato al numero di fax 0712202237

#### **SEDE**

Via Tronto 10/a - Torrette di Ancona – 60126 / Italia

[www.univpm.it](http://www.univpm.it)

Tel.: +39.071.220.6231