



Allegato 1

ASP MO IOS 01/1 Rev. 04

## REGISTRO

**CORSO DI LAUREA IN** Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolare e Perfusionazione Cardiovascolare **SEDE DI MODENA**

Docente:\_(in stampatello) \_\_\_\_\_

Materia: \_\_\_\_\_

Tipologia\*:  Lezione  
 Seminario

svolte/o nel

I semestre  
 II semestre

A.A. di corso: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\*Specificare se lezione o seminario

MATERIA	DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	TOTALE ORE	FIRMA DOCENTE	PRECISARE SE LE ORE SONO STATE SVOLTE IN O FUORI ORARIO DI SERVIZIO

**Docente dipendente (barrare la casella)**

AOU Modena – Nuova Matricola regionale \_\_\_\_\_

AUSL Modena - Nuova Matricola regionale \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

Coordinatore AFP del Corso di Laurea  
(timbro e firma)

**NB: AL FINE DELLA LIQUIDAZIONE DELLE ORE DI DOCENZA EFFETTUATE TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE CORRETTAMENTE COMPILATI**