



**MODULO PER
CAMBIO DOCENTE DI CORSO**
A.A. 2016/2017

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____

iscritto/a al _____ anno del CORSO di _____

Triennio Biennio

**CHIEDE
DI POTER CAMBIARE IL DOCENTE DEL**

CORSO DI _____

PASSANDO DAL DOCENTE _____

AL DOCENTE _____

Data

Firma dello/a Studente/ssa

Firma del Docente d'uscita

Firma del Docente d'entrata

NB: Il presente modulo dovrà essere consegnato in Segreteria nel periodo compreso tra il 2 e il 30 NOVEMBRE 2016.

E' obbligatoria la firma di entrambi i docenti.