



**MODULO PER  
CAMBIO DOCENTE DI CORSO**  
**A.A. 2017/2018**

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 entro e non oltre il 30 NOVEMBRE 2017. E' obbligatoria la firma di entrambi i docenti.**