



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

A mezzo posta o  
a mezzo fax al n. 045-802.8003

Al Magnifico Rettore  
Università degli Studi di Verona

## DOMANDA DI AFFERENZA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nel ruolo di (Professore Ordinario – Professore Associato – Ricercatore) \_\_\_\_\_  
settore scientifico disciplinare \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di afferire al Dipartimento di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

avendone i titoli ai sensi dell'art. 84 del D.P.R. 382/80.

Il sottoscritto dichiara di non aver optato per altro Dipartimento dell'Università degli Studi di Verona o di altre Università.

Verona,

In Fede