



ORGANIZZATORE
Scuola Mediterranea
di Medicina del Dolore e Cure Palliative

CORSO ANNUALE 2010 di formazione in
“Fisiopatologia, Terapia del Dolore
e Cure Palliative”

SEDE
Facoltà di Farmacia
Via Domenico Montesano, 49 - 80131 - Napoli

LETTERA DI ACCETTAZIONE INCARICO DOCENZA

Il/La sottoscritto/a dott./ssa _____

nato/a a il

domiciliato/a a in via n°

C.A.P. C.F.

condividendo le finalità della Scuola e dopo aver letto integralmente il Regolamento della stessa, dichiara di accettare la carica di “**Docente**” per la durata di un anno, rinnovabile.

Mi impegno pertanto, come da Regolamento della Scuola, integralmente, a collaborare in spirito di lealtà con il Direttivo della Scuola Mediterranea per il raggiungimento degli scopi che la Scuola si prefigge.

L'eventuale retribuzione prevista e/o rimborso spese sostenute per le ore di docenza svolte per la Scuola Mediterranea verrà corrisposto a mezzo bonifico bancario sul c/c

intestato a

presso la banca

IBAN

Allego alla presente la compilazione autocertificata di non conflitto di interesse.

Data Firma Leggibile