



UMBERTO I  
POLICLINICO DI ROMA

DAI Testa Collo  
Sezione Odontoiatria

**Oggetto: Autodichiarazione mese \_\_\_\_\_/20\_\_**

I sottoscritt \_\_\_\_\_,  
in considerazione della inscindibilità della funzione assistenziale, scientifica e didattica, dichiara sotto la propria responsabilità di aver effettuato, per il completamento dell'orario, n. .... ore settimanali (massimo 10 ore) per lo svolgimento di attività istituzionali , secondo le disposizioni della rettorale prot. n. G152708 del 21.12.1993.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA