All’UOA 07

Cooperazione Internazionale per la

Formazione e la Ricerca

c.a. Antonino Serafini

***Allegato 3***

**Oggetto: SCHEDA INFORMATIVA RICHIESTA PER IL RILASCIO DEL TITOLO DI**

**“VISITING PROFESSOR”**

|  |
| --- |
| Struttura Proponente |
| Dipartimento | Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica Avanzata |
| Estremi Delibera Dip. | …………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| Docente di contatto Unipa |
| Nominativo | …………………………………………………………….. |
| Qualifica | …………………………………………………………….. |
| Telefono | …………………………………………………………….. |
| E-mail | …………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| Dati anagrafici del Visiting Professor |
| Qualifica | …………………………………………………………….. |
| Nome | …………………………………………………………….. |
| Cognome | …………………………………………………………….. |
| Luogo di nascita | …………………………………………………………….. |
| Data di nascita | …………………………………………………………….. |
| Nazionalità | …………………………………………………………….. |
| Telefono | …………………………………………………………….. |
| E-mail | …………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| Dati relativi all’attività di collaborazione |
| Istituzione di provenienza | …………………………………………………………….. |
| Posizione attualmente ricoperta presso l’Istituzione di provenienza | …………………………………………………………….. |
| Estremi eventuale Accordo di Cooperazione Internazionale vigente | …………………………………………………………….. |
| Periodo di permanenza effettuato presso UniPA | Dal al ……..………. | al ……..………. |
| Relazione Scientifica sull’attività svolta presso UniPA | Vedi ***Allegato 4*** |