



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
Relazione Scientifica sull'attività svolta presso UniPA	Vedi <u>Allegato 4</u>	