*Nom et Prénom*

*Rue N°*

*CP Ville*

*Email*

Au Secrétariat de l’Université Franco Italienne

[ufi@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:ufi@univ-grenoble-alpes.fr)

Al Segretariato dell’Università Italo Francese

[univ.italo-francese@unito.it](mailto:univ.italo-francese@unito.it)

Objet : **Lettre d’acceptation** – Appel à projets Chaires Franco Italiennes

Par la présente, je soussigné/e *(nom et prénom)* …………………………………………………..., né/e à *(ville et pays de naissance)* …………………………………………………...……………….,

le *(date de naissance)* ……………………….….…….……, résident/e à *(adresse complète de résidence)* …………………………………………………………………………………..…...…….

…………………………….……………………………………………………………...…………...,

en service en tant que …………………………………………………………………………..….., au sein de *(nom complet de l’établissement d’enseignement supérieur/centre de recherche, entreprise française)*………….………….…………………………….……………………………………………………………...…………………………….……………………………………………………...,

accepte d’être titulaire d’une activité d’enseignement d’un cours universitaire au sein du département ou de la structure didactique *(nom de la structure d’accueil)* …………………………………..……..

………………………………………………………………………………………………………...,

de l’Université *(nom complet de l’Université italienne)* ………………...………...………………….

…………………………….……………………………………………………………...…………...,

pour une durée minimale de 1 mois, qui se déroulera durant l’année académique …………………...

Lieu, Date

Signature du Professeur invité, précédée de la mention “lu et approuvé”

Signature du directeur de la composante candidate, précédés de la mention “lu et approuvé”

*Nome Cognome*

*Via N°*

*CAP Città*

*E-mail*

Au Secrétariat de l’Université Franco Italienne

[ufi@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:ufi@univ-grenoble-alpes.fr)

Al Segretariato dell’Università Italo Francese

[univ.italo-francese@unito.it](mailto:univ.italo-francese@unito.it)

Oggetto: **Lettera di accettazione** – Bando Cattedre Italo Francesi

Con la presente, il/la sottoscritto/a *(nome, cognome)* ………………………………………………..., nato/a a *(città e paese di nascita)* ………………………………………………...……………..……, il *(data di nascita)* ……………………….….…….……, residente in *(indirizzo completo della residenza)* …………………………………………………………………………………..…...……. …………………………….……………………………………………………………...…………..., in servizio in qualità di …………………………………………………………………………..….., presso *(nome completo dell’Università/ ente di ricerca/ azienda italiana)* ……………….…………. …………………………….……………………………………………………………...…………..., accetta di essere titolare di un’attività di insegnamento di un corso di Laurea presso il dipartimento o la struttura didattica *(nome del dipartimento o della struttura didattica francese)* …………………...…….. …………………………………………………………………………....., dell’Università *(nome completo dell’Università francese)………………………………………………….* ………………………………………….………………………………………...…………. per una durata minima di 1 mese, che si svolgerà durante l’anno accademico………………………………..

Città, Data,

Firma per accettazione del Visiting Professor

Firma per presa visione del direttore del dipartimento o della struttura didattica richiedente