

Marca da bollo
€

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
UFFICIO SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE AREA MEDICA

AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI
NAPOLI FEDERICO II

Il/La sottoscritto/a _____

nat _ a _____ (prov. _____) il _____

domiciliat _ a _____ (prov. _____) alla Via _____

_____ n. _____

Recapito telefonico _____ matricola _____

e-mail _____ Iscritto/a al _____

Scuola di _____

CHIEDE

Di poter sostenere l'**esame di specializzazione** nell. a.a. _____/_____.

Chiede altresì, il rilascio del diploma di specializzazione (pergamena).

Napoli, _____

Firma
