

AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI

Marca da bollo
€.

UFFICIO SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE AREA MEDICA

(Compilare in stampatello)

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 essere autorizzato a poter effettuare, oltre il termine di scadenza stabilito, per l'anno accademico
_____/_____/_____

ISCRIZIONE

PRESENTAZIONE MOD. ISEE

Napoli, _____

Firma

SPAZIO RISERVATO ALLA RIPARTIZIONE RELAZIONI STUDENTI

- Visto "Si autorizza con mora"
- Visto "Non si autorizza"

IL DIRIGENTE
Dott. Maurizio Tafuto