



CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA - MODULO LAUREANDI

Da compilare a cura *esclusivamente* degli studenti immatricolati *prima* dell'AA 2009/2010

Matr. n. _____ / _____
(numero di matricola e sigla)

...l...sottoscritt... _____
(cognome e nome)

nat..a _____ il _____
(comune di nascita) (data di nascita)

residente in _____ (CAP) _____
(via/piazza/viale e numero civico) (comune di residenza e provincia)

_____/_____
(telefono fisso) (telefono-cellulare)

(indirizzo E-Mail)

Comunicazioni alla Segreteria (esami non sostenuti, esami con errore, ecc...)

Data

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13,Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196.

I dati personali comunicati dall'interessato saranno trattati dall'Università degli Studi di Padova unicamente per le finalità di gestione, anche su supporto informatico della procedura per la quale sono stati richiesti, nel rispetto dei diritti che l'art. 7 D.L.vo 196/2003 riconosce all'interessato