



Servizio Segreteria Studenti
Segreteria Medicina e Chirurgia
Lungargine del Piovego, 2/3
35131 Padova
tel +39 049 8276436-7
fax +39 049 8276447
CF 80006480281
P.IVA 00742430283

**MODULO DI RICHIESTA PER LA FREQUENZA ALLE
ATTIVITÀ FORMATIVE PRESSO IL POLO DIDATTICO DI TREVISO
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA**

(Presentazione modulo dal 31/07/2014 al 15/09/2014)

Matr. n. _____
(numero di matricola)

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

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

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

_____ / _____
(telefono-cellulare) (indirizzo E-Mail)

iscritt per l'a.a. 2013/2014 al

3	4	5
---	---	---

 anno del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia chiede di poter frequentare nell'a.a. 2014/15 le attività formative offerte dal Corso di Studio presso il Polo didattico di Treviso

al

4	5	6
---	---	---

 anno di corso

FIRMA

_____ addì _____

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.