



**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 fino al 16/07/2019)

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. 2018/2019 al

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

 anno del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia chiede di poter frequentare nell'a.a. 2019/20 le attività formative offerte dal Corso di Studio presso il Polo didattico di Treviso

al

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

 anno di corso

FIRMA

_____ addì _____

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, così come riportato al seguente indirizzo: <http://www.unipd.it/privacy>