



**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 10/09/2015)*

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. 2014/2015 al 

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

 anno del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia chiede di poter frequentare nell'a.a. 2015/16 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.