

## MODULO SPECIALIZZANDI SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE AGGREGATE

Il sottos <b>cr</b> itto	0				
nato a					
il	sesso	M	CF		
nazionalità		cittadinanza	ι		
residente a				C.A.P	
in via				n	
telefono	C6	ellulare			
e-mail					
recapito dura	ante l'anno accademico	(indicarlo solo se	diverso da qu	ello di residenza):	
luogo			C.A.I	)	
in via				n	
presso					
		DICH	IARA		
	essere iscritto per l'an				
Studi	i di		(s	ede amministrativa)	
• di ess	sere stato/a assegnato/:	a, ai fini dello svo	olgimento dell	e attività pratiche, al	l'Università degli
Studi	i dell'Insubria (sede aggr	egata) nel period	o dal	al	
Data,					
	(FIRMA)				

TIMBRO E FIRMA PROFESSORE REFERENTE SCUOLA

Nome UOR: Codice Modulo: Validato da: Aggiornato il: Posizione nel *repository*: Scuola di Medicina comunicazione\_dati\_specializzandi\_scuole\_aggregate\_LAUREAMSPEC\_197 Isabella Bechini

1 febbraio 2019 www.uninsubria.it/modulistica