



**MODULO SPECIALIZZANDI SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE AGGREGATE**

Il sottoscritto.....  
nato a .....  
il ..... sesso  M  F CF .....  
nazionalità.....cittadinanza .....  
residente a ..... C.A.P. ....  
in via .....n. ....  
telefono .....cellulare .....  
e-mail .....  
recapito durante l'anno accademico (indicarlo solo se diverso da quello di residenza):  
luogo..... C.A.P. ....  
in via .....n. ....  
presso .....

**DICHIARA**

- di essere iscritto per l'anno accademico .....al ..... anno della scuola di specializzazione in .....presso l'Università degli Studi di ..... (sede amministrativa)
- di essere stato/a assegnato/a, ai fini dello svolgimento delle attività pratiche, all'Università degli Studi dell'Insubria (sede aggregata) nel periodo dal ..... al .....

Data, \_\_\_\_\_

(FIRMA)

TIMBRO E FIRMA PROFESSORE REFERENTE SCUOLA