

RICHIESTA CAMBIO DI SEDE

Da consegnare all'Informastudenti – viale Morgagni 40-44 (secondo piano)

AL PRESIDENTE DEL CORSO DI:

- Laurea in Fisioterapia
- Laurea Magistrale in Odontoiatria e protesi dentaria

Marca da bollo
€ 16.00

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Matricola | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

cognome | _____ |

nome | _____ |

telefono casa | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

cellulare | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

MAIL: _____ @ _____

Iscritto/a per l'a.a. ____/____ al ____ anno del corso sopraindicato con sede a

CHIEDE

Il passaggio alla sede di _____ per le seguenti motivazioni:

Firenze, _____

(firma)