

*Al Magnifico Rettore dell'Università'  
degli Studi di Napoli Federico II  
Ufficio Segreteria Studenti  
Facoltà di Medicina e Chirurgia*

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

nat\_ a \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_ iscritto per

l'anno accademico 200\_\_/200\_\_ al \_\_\_\_\_ anno di corso del corso di laurea in

\_\_\_\_\_

con matricola \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Con osservanza

\_\_\_\_\_  
(firma)

**NUMERO DI MATRICOLA**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_