

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

I 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

---

---

---

---

---

---

---

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

Con osservanza

---

(firma)