Seconda Università degli studi di Napoli

FACOLTA DI MEDICINA E CHIRURGIA

SEGRETERIA STUDENTI CORSI DI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE
ANNO ACCADEMICO 2009/10

(DA COMPILARE IN STAMPATELLO A CURA DELLO STUDENTE)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	

HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE AL CORSO DI LAUREA IN

codice corso — denominazione corso

HA PRESENTATO L'ATTESTAZIONE I.S.E.E.U.	
NON HA PRESENTATO L'ATTESTAZIONE I.S.E.E.U.	

barrare la casella

TIMBRO DI ACCETTAZIONE DELLA SEGRETERIA