

Per competenza

AL PRESIDENTE DEL

CdS in _____

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome e nome)

Matricola _____ Tel. n° _____

e-mail istituzionale _____

iscritto/a per l'a.a. _____ al 1° 2° 3° 3°FC anno

del CdS in _____

sede di: Parma AO Parma AUSL Piacenza AUSL

CHIEDE

Di essere assegnato per l'a.a. _____ al 1° 2° 3° 3°FC anno

della sede di: Parma AO Parma AUSL Piacenza AUSL

per le seguenti motivazioni

Dichiara altresì:

di essere in possesso del requisito obbligatorio (esame di tirocinio dell'anno in corso)

di sostenere l'esame di tirocinio dell'anno in corso in data _____

Parma, _____

In fede
