



Università degli Studi di Palermo

Area Formazione, Cultura e Servizi agli Studenti
Formazione Specialistica Post-lauream ed Esami di Stato
Scuole di Specializzazione mediche, sanitarie, legali e disattivate
Viale delle Scienze – 90128 Palermo

DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE

ANNO ACCADEMICO 20 ____ / 20 ____

Il sottoscritto dichiara di non essere iscritto ad altre università o Istituto di istruzione superiore, né ad altro corso di laurea o diploma presso questo Ateneo.

Palermo ____ / ____ / ____

(firma dello studente)



Università degli Studi di Palermo

Area Formazione, Cultura e Servizi agli Studenti
Formazione Specialistica Post-lauream ed Esami di Stato
Scuole di Specializzazione mediche, sanitarie, legali e disattivate
Viale delle Scienze – 90128 Palermo

**AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
PALERMO**

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____
Prov. _____ residente a _____
C.A.P. _____ via _____ n.
_____ tel. _____ cell. _____ e-mail _____

In possesso del Diploma di Laurea in _____
_____ chiede di essere
immatricolato presso questa Università alla scuola di Specializzazione in:

Per l'anno accademico 20 ____ / 20 ____ .

Allega alla presente la prescritta documentazione.

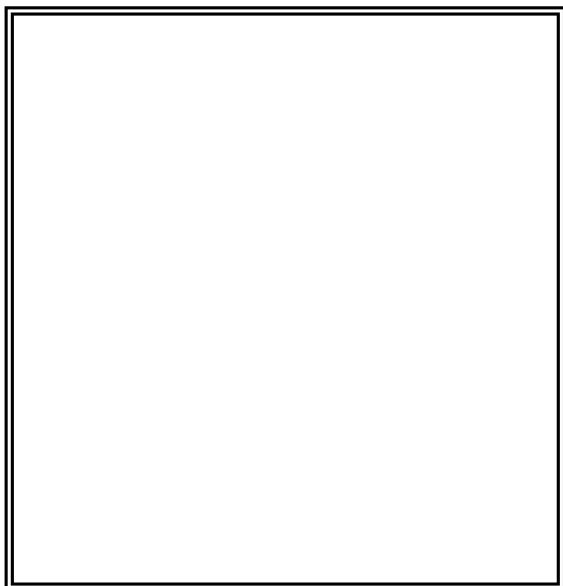
Firma dello studente

Palermo, lì _____



Università degli Studi di Palermo

Area Formazione, Cultura e Servizi agli Studenti
Formazione Specialistica Post-lauream ed Esami di Stato
Scuole di Specializzazione mediche, sanitarie, legali e disattivate
Viale delle Scienze – 90128 Palermo



Spazio riservato all'ufficio

___ l ___ sottoscritto _____

dichiara che la fotografia a fianco indicata
riproduce l'effigie di:

Cognome _____

Nome _____

Nat ___ il ___/___/___ a _____

(prov _____)

Residente a _____

Addi ___/___/___

Si allega fotocopia leggibile del seguente valido documento di identità:

Tipo: _____ Numero _____

rilasciato da: _____ in data ___/___/___

Il presente modulo è valido esclusivamente per immatricolazione universitaria

Visto:

Il Funzionario Responsabile
