

(allegato 1)

Ufficio Segreteria Studenti Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie
Domanda di prenotazione all'esame finale di Laurea

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi della Campania
"Luigi Vanvitelli"

Matricola _____

Il sottoscritto /a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Prov(_____) _____

Via /Piazza _____ Cap _____

Recapito telefonico (cell / tel) _____

Iscritto/a al CdL _____ a.a. _____

Dipartimento di _____

matr. _____

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole che il rilascio di dichiarazioni non veritiere, comporta le sanzioni richiamate del predetto D.P.R. 445 nonché la non ammissione all'esame finale o il suo annullamento

CHIEDE

di essere ammesso/a a sostenere l'esame di Laurea del CdL _____

nella sessione:

Estiva

Autunnale

Straordinaria

Luogo e data _____

Firma _____

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge n. 675/96 e s.m. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa