



MODULO DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____
il ___/___/19___ e residente in _____
prov. _____ via _____ n° _____
c.a.p. _____ tel/cell. _____ e-mail _____ @ _____
scrivere a stampatello

- Docente di _____
- Ricercatore di _____
- *Dottorando/a in _____
Coordinatore del Dottorato _____
- Studente in _____
Presidente _____

CHIEDE

di poter frequentare il corso di _____
di livello _____ con il dr/d.ssa _____
organizzato da codesto Centro presso la sede di _____

Napoli, li ___/___/_____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a autorizza a trattare le informazioni contenute nel modulo nell'ambito previsto dal D.Lgs. 196/2003 e succ. mod. e int. per l'utilizzo relativo alle attività didattiche e di formazione.

Firma _____

***Per i dottorandi è necessario presentare un'attestazione di iscrizione al Dottorato.**

Segreteria Didattica: Via Partenope 36 - 80121 -Napoli - Tel.: +39-081-2535738/6 - fax +39-081-253573

Via Mezzocannone 16 - 80134 Napoli – Tel.: +39-081-2534596 - fax +39-081-2534695

Direzione: Via Partenope 36 -80121 - Napoli – Tel.: +39-081-253573

Via Mezzocannone 16 - 80134 - Napoli - Tel.: +39-081-253472 **Sito web:**

<http://www.cla.unina.it> **e-mail:** cla@unina.it