



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

- ***Dottorando/a** in _____
Coordinatore del Dottorato _____
- ***Specializzando** in _____

CHIEDE

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

Napoli, lì ____/____/____

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.**