



## 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, 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.**