



Alla Prof.ssa Giuseppina Campisi  
Direttrice del Dipartimento di  
Discipline Chirurgiche, Oncologiche  
e Stomatologiche

Al Prof. \_\_\_\_\_

Palermo, lì .....

Oggetto: Richiesta di frequenza.

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. Cell. \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

iscritto/a al \_\_\_\_\_

della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Palermo,

**CHIEDE**

di frequentare il Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Oncologiche e Stomatologiche, in qualità di Studente interno.

VISTO SI AUTORIZZA

Firma (Studente)

Firma (Tutor)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_