

Alla Prof.ssa Giuseppina Campisi
Direttore del Dipartimento di
Discipline Chirurgiche, Oncologiche
E Stomatologiche

Al Prof. _____

Palermo,

Oggetto: Richiesta di frequenza.

Il /La sottoscritto/a _____ nata a _____

Il _____ e residente a _____

Via _____ n. _____ Tel. Cell. _____

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.

Firma (Studente)

VISTO SI AUTORIZZA

Firma (Tutor)
