All’Ufficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto /a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto/a al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anno Accademico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche

Chiede di usufruire del permesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per poter frequentare il Corso di Laurea LM\_SNT/3 nelle date sotto indicate:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO | ORARIO LEZIONE | MATERIA DI INSEGNAMENTO | FIRMA DOCENTE ATTESTANTE LA PRESENZA A LEZIONE DELLO STUDENTE | EVENTUALE TIMBRO SEGRETERIA |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

In fede