



Alla Direttrice del Dipartimento di
Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e
Sanità Pubblica

e p.c.

Alla Segretaria del Dipartimento di
Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e
Sanità Pubblica

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente in _____
prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
codice fiscale _____ tel. _____
e- mail _____ in qualità di _____
titolo di studio _____

chiede

di essere ammesso/a a frequentare le strutture del Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari
e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Padova

dal _____ al _____

per i seguenti motivi:

Precisare i propri interessi per l'ammissione: _____

Nome del supervisore del Dipartimento: _____

Padova, _____

Firma supervisore

Firma richiedente

Si autorizza il/la sig./ra _____ a frequentare le strutture del Dipartimento
di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Padova previo
pagamento della quota assicurativa di € 6,50.

Padova, _____

Il Responsabile della Struttura
Prof.ssa Cristina Basso