**MODELLO B** Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI**

PATOLOGIA CHIRURGICA, MEDICA, MOLECOLARE E DELL’AREA CRITICA

 Via Savi N. 10, 56126 **P I S A**

**Ai sensi dell’articolo 76 del D.P.R. 445/2000**

**Il/la sottoscritto/a**

........................................................................................................................................................

 (cognome) (nome)

**DICHIARA**

Di essere nato/a a ……………………………………………..……………………….……………………(prov. …………………) il………………………………………..

Di essere cittadino/a……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Di risiedere in Via ………………………………………………………………………………………………………………….……………..……………………… n. ….……

Località …………………………………………………..………………………..……………………………………………… (prov. …………) CAP. …………………………

Telefono …………………………………………………………………………………. Cellulare…………………………………………………………………………………..

e-mail:……………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………….………………

**E CHIEDE**

di essere iscritto, per l’a.a. 2018/2019 al corso di perfezionamento in **“*Psiconcologia”***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo e data) (firma )