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

DA REDIGERE IN STAMPATELLO

 AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI

RICERCA TRASLAZIONALE E DELLE NUOVE TECNOLOGIE IN MEDICINA E CHIRURGIA

 Via Savi, 10, 56126 P I S A

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

…… sottoscritt……… .......................................................... .........................................................

 (cognome) (nome)

DICHIARA di essere:

nat\_a……………………………………………..…………………………………………(prov……………………)il……………………………

di cittadinanza……………………………………………………………………………………………………………………………………

residente in Via ………………………………………………………………………………………… n. ……… Località …………………………………………………………………… prov. ………… CAP. ………………………… Telefono…………………………………………… Cellulare…………………………………………………………………………………

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

E CHIEDE

di essere iscritto, per l’a.a. 2017/2018 al Corso di perfezionamento in **“CHIRURGIA LAPAROSCOPICA ROBOT-ASSISTITA”**

 (luogo e data) (firma del candidato)