



**Università
degli Studi
di Ferrara**

Ufficio Supporto Trasversale Dipartimenti Cona
e Segreteria delle Scuole di Specializzazione

Meta Struttura Medico – Chimica

Marca da bollo € 16,00

DUPLICATO LIBRETTO/TESSERA

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FERRARA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ N° _____

Tel. _____/_____

Iscritto/a presso questa Università per l'A.A. _____/_____ al _____ anno di corso della

Scuola di Specializzazione Sanitaria in _____

Matricola n° _____

RICHIEDE

Il rilascio del duplicato del libretto di iscrizione smarrito / sottratto

Allega:

copia denuncia di smarrimento o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

attestazione del versamento

Ferrara, lì _____

Firma dello studente