



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Marca da  
bollo  
da €. 16,00

**Domanda da presentare alla Segreteria della Struttura che si intende frequentare**

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DI BOLOGNA

Il/La Sottoscritto/a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel comune di \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**CHIEDE PER L'A.A.** \_\_\_\_\_

di essere ammesso a frequentare le Strutture del Dipartimento /Centro Interdip.le ecc. di:

\_\_\_\_\_  
(compilare solo se di interesse) e

di essere ammesso a frequentare il Reparto di Degenza/Unità Operativa dell'Azienda  
Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola-Malpighi di:

\_\_\_\_\_

**A tal fine dichiara, ai sensi dell'art.46 del D.P.R.445/2000:**

di avere conseguito la Laurea in \_\_\_\_\_

presso l'Università di \_\_\_\_\_ con la seguente votazione: \_\_\_\_\_



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

**Dichiara infine, sotto la propria responsabilità**

di aver preso visione del "Regolamento dei Laureati Frequentatori";

di aver preso visione dell'art.1, commi 1, 2, 3, 4, 6 e 7 del "Regolamento per la frequenza volontaria presso le strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola – Malpighi (barrare solo se si chiede la frequenza presso le strutture assistenziali dell'Azienda).

Bologna, \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_  
firma per esteso e leggibile

---

**SI AUTORIZZA**

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE DEL REPARTO/UNITA' OPERATIVA \_\_\_\_\_

IL TUTOR \_\_\_\_\_

**La frequenza decorrerà dal giorno successivo l'avvenuto versamento**