



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