



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DEL PIEMONTE ORIENTALE  
"AMEDEO AVOGADRO"

DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE

.....I... sottoscritt..... M F  
SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO (Cognome) (Nome) (sesso)

nat..... a: Comune..... Prov.

Data di nascita / /

CITTADINANZA.....

RESIDENZA

Via.....n°.....CAP

Comune di ..... Prov.....

TELEFONO e-m@il:

.....

DOMICILIO (solo se diverso dalla residenza)

Via..... n°..... C.A.P.....

Comune di .....Prov. ....

TELEFONO .....

CHIEDE

di poter usufruire di una borsa di studio per l'iscrizione al corso ASPP e dichiara di possedere il seguente requisito (specificare quale):

A) Laurea Magistrale da meno di 10 anni

Si prega di compilare il Curriculum Vitae come da formato allegato.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_