



Al Direttore del Dipartimento di
Scienze Cardio-Toraco-Vascolari
e Sanità Pubblica
e p.c.
Al Segretario del Dipartimento di
Scienze Cardio-Toraco-Vascolari
e Sanità Pubblica

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente in _____
prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
codice fiscale _____ tel. _____
e- mail _____ in qualità di _____
titolo di studio _____

chiede

di essere ammesso/a a frequentare le strutture del Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari
e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Padova
dal _____ al _____
per i seguenti motivi: _____.

Precisare i propri interessi per l'ammissione: _____.
Nome del supervisore del Dipartimento: _____.

Padova, _____

Firma supervisore

Firma richiedente

Si autorizza il/la sig./ra _____ a frequentare le strutture del Dipartimento
di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Padova previo
pagamento della quota assicurativa di € 6,50.

Padova, _____

Il Responsabile della Struttura
Prof. Federico Rea
