



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