

Padova, _____

Al Direttore del Dipartimento di Scienze
Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica
Via Giustiniani, 2
35128 Padova

OGGETTO: Partecipazione

Noi sottoscritti studenti della sede di partecipanti alla visita di istruzione presso
..... il giorno

Dichiariamo

di essere a conoscenza delle garanzie previste dalle condizioni della “polizza infortuni studenti”
durante le attività formative.

Nr.	Cognome Nome	matricola	firma
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			