

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE COGNITIVE
PSICOLOGICHE PEDAGOGICHE E DEGLI STUDI CULTURALI

Il sottoscritt...(Cognome) _____ (Nome) _____
matricola n. _____ nato/a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____
residente in via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____
Tel. _____ Cell. _____, regolarmente iscritto/a, per l'a.a. ____ / ____ ,
al Dipartimento di Scienze cognitive psicologiche pedagogiche e degli studi culturali sede di Noto,
Corso di Laurea _____

CHIEDE

L'autorizzazione a poter sostenere nella sede di Messina

L'esame di _____

Per i seguenti motivi: _____

Data _____

Firma dello studente

Visto: si autorizza
