

# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA

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

\_l\_ 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  
Messina,  
Corso di Laurea \_\_\_\_\_

## CHIEDE

L'autorizzazione a poter sostenere nella sede di Noto

L'esame di \_\_\_\_\_

Per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dello studente

Visto: si autorizza  
\_\_\_\_\_