



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA

Scuola di Scienze M.F.N.

Sportello dello Studente

V.le Benedetto XV, 3 16132 GENOVA

Tel. 010 353.8225 - Fax. 010/353.8119

e-mail: sportello@scienze.unige.it

AL PRESIDE DELLA SCUOLA
DI SCIENZE M.F.N.

Matr.

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a.....il.....

residente in Via.....tel.

iscritto/a per l'a.a...../.....al.....anno del corso di laurea (barrare la voce che interessa)

triennale specialistica magistrale in

.....
curriculum (dove è previsto).....

CHIEDE

di essere iscritto/a a tempo pieno e/o tempo parziale (barrare la voce che interessa) sottopone al presente CCS il seguente piano di studi:

Codice	Denominazione Insegnamento	Tipologia	CFU

Tot. CFU _____

Genova,

FIRMA DELLO STUDENTE

.....

Il Coordinatore del CCS in data ___/___/___ approva la proposta di piano di studio.

Firma _____