



DIPARTIMENTO DI SCIENZE PSICOLOGICHE, DELLA SALUTE E DEL TERRITORIO

UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO" CHIETI-PESCARA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SCIENZE DELL'INVECCHIAMENTO



ALLEGATO

NOME E COGNOME

.....

LUOGO E DATA DI NASCITA

.....

MATRICOLA

.....

E-MAIL

.....

TELEFONO

.....

1 sottoscritt_, consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n.445, sotto la propria responsabilità, dichiara:

Di essere iscritto entro la durata normale del corso di studio al corso di laurea in:

.....

Di avere riportato la seguente media ponderata:

.....

Luogo e data

FIRMA

.....