

Al Direttore del Master Universitario di primo/secondo livello in

---

Università Cattolica del Sacro Cuore  
Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"

\_\_l\_\_

sottoscritt

nat \_\_a\_\_ Prov. \_\_il\_\_

Codice Fiscale

domiciliato a Prov.

Via CAP

Tel Cell Fax

Email @

Chiede di essere ammesso a frequentare come **uditore** al/ai seguente/i modulo/i

---

---

---

Nell'ambito del Master Universitario di secondo livello in

anno accademico 2020/2021

DICHIARA:

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in
2. di aver eseguito il bonifico per il pagamento della quota di partecipazione al/ai modulo/i sopraindicato/i, come di seguito specificato:

Codice IBAN IT 70 A 02008 05314 000102942763;

Beneficiario Università Cattolica del Sacro Cuore;

Causale: nome cognome, codice master, modulo/i n. \_\_\_\_\_

N. B. Copia della ricevuta del bonifico comprensiva di numero CRO dovrà essere allegata alla presente domanda.

In fede.

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

---