



ISCRIZIONI PART-TIME A. A. 2017/2018

Il/la sottoscritto/a _____

Iscritto/a per l'A. A. 2017/2018 all'anno (indicare l'annualità)

del corso di Diploma Accademico di _____ livello in

*
(* *indicare la Disciplina*)

dichiara di Volersi iscrivere PART-TIME per uno dei seguenti motivi:

per contemporanea iscrizione all'Università (compilare i campi sottostanti)

Corso di Laurea

* Triennale Specialistica (*) (barrare la casella corrispondente) / anno di frequenza _____

Università

Il/la sottoscritto/a si impegna a presentare un piano di studi per non più di 30 CFA e si impegna a consegnare a questa Istituzione copia della ricevuta di pagamento della tassa ESU versata alla propria Università.

in quanto Studente Lavoratore

Data

Firma

.....

.....