



## ISCRIZIONI PART-TIME A. A. 2016/2017

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Iscritto/a per l'A. A. 2016/2017 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

.....

.....