



**ISCRIZIONI PART-TIME A. A. 2018/2019**

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

Iscritto/a per l'A. A. 2018/2019 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 in .....

\*  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.**

**per contemporanea iscrizione ad una Scuola Superiore** (compilare i campi sottostanti)

Scuola Superiore ..... città .....

Anno di frequenza \_\_\_\_\_ (NB: Per gli iscritti al 1° e 2° anno la frequenza part-time è obbligatoria)

**Il/la sottoscritto/a si impegna a presentare un piano di studi per non più di 30 C.F.A.**

**in quanto Studente Lavoratore**

Data

Firma

.....

.....

Segreteria Didattica