Al Preside
Facoltà di Farmacia e Medicina
Prof. Carlo Della Rocca

Generalità del candidato

(nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data di nascita) \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Da compilare solo se STUDENTE FACENTE PARTE DELL’ASSEMBLEA DI FACOLTÀ**

 **** Area LAUREE MAGISTRALI IN MEDICINA E CHIRURGIA
 Area LAUREA MAGISTRALE IN FARMACIA E CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE
 e LAUREA IN SCIENZE FARMACEUTICHE APPLICATE
  Area LAUREE E LAUREE MAGISTRALI IN BIOTECNOLOGIE
  Area LAUREE E LAUREE MAGISTRALI DELLE PROFESSIONI SANITARIE
  Area SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE
  (indicazione accessoria eventuale) Appartenente al POLO PONTINO