**MODELLO B** Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DA REDIGERE IN STAMPATELLO**

 **AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI**

 PATOLOGIA CHIRURGICA, MEDICA,

MOLECOLARE E DELL’AREA CRITICA

 Via Savi, 10, 56126 **P I S A**

**Ai sensi dell’articolo 76 del D.P.R. 445/2000**

**…… sottoscritt………** .......................................................... .........................................................

 (cognome) (nome)

**DICHIARA di essere:**

nat\_a ……………………………………………..………………………………………… (prov……………………) il………………………………………………………

dicittadinanza……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

residente in Via ………………………………………………………………………………………… n. ……… Località …………………………………………………………………… prov. ………… CAP. ………………………… Telefono …………………………………………… Cellulare…………………………………………………………………………………

e-mail:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**E CHIEDE**

di essere iscritto, per l’a.a. 2017/2018 al corso di perfezionamento in ““***DISTURBI SPECIFICI DELL’APPRENDIMENTO (DSA): DIAGNOSI E PRESA IN CARICO”***”

 (luogo e data) (firma del candidato)

………………………………………………… …………………………………………………