



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA  
Scuola di Scienze M.F.N.  
Sportello dello Studente  
V.le Benedetto XV, 3 16132 GENOVA  
Tel. 010 353.8225 - Fax. 010/353.8119  
e-mail: sportello@scienze.unige.it

AL PRESIDE DELLA SCUOLA  
DI SCIENZE M.F.N.

Matr. ....

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....il.....

residente in .....via.....tel. ....

iscritto/a per l'a.a...../.....al.....anno del corso di laurea (barrare la voce che interessa)

triennale  specialistico  magistrale in

.....

curriculum (dove è previsto).....

CHIEDE

di essere iscritto/a a tempo pieno  e/o  tempo parziale (barrare la voce che interessa) sottopone al presente CCS il seguente piano di studi:

Codice	Denominazione Insegnamento	Tipologia	CFU

Tot. CFU \_\_\_\_\_

Genova,

FIRMA DELLO STUDENTE

.....