UNIVERSITA’ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTA’ DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA - FERMO

**1° ANNO A.A.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COGNOME** ………………………………………………………………………………………..........………………………….

Foto

**NOME** ……………………………………...................................................................................................................…………………….

**(SCRIVERE TUTTO IN STAMPATELLO GRANDE E LEGGIBILE)**

Diploma/laurea conseguito/a in: ………………………….................................................................................................................................................................................................…………………

Nato/a il ……...................................................................…………. a .............................................................................................................................................................................................. prov. …………………….

Residente in: ……........................................................................................................................................................................................................................................................................... prov. …………………….

Via ………………………………………………………………..............................................................................................................................................................................………………………….

Tel …………………………….........................................................................................………………. Cell …………………………….........................................................................................……………….

Codice Fiscale ………................................................................................................................................……………………… Taglia ..........................................…

**E-mail Istituzionale (s + matricola):** .........................................................................................................@studenti.univpm.it

**abilitare l’inoltro** sull’Email personale: ............................................................................................................................................................................................

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Città ……........................................................................................................................................................................................................................................................................... prov. …………………….

Via ………………………….....................................................................................................………………….

Data ……...........................................................................…………. Firma …………....................................................................................................................................................................…………………………………

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) del 27 aprile 2016

Data ……...........................................................................…………. Firma …………....................................................................................................................................................................…………………………………