Alla Palestra/Centro_____

_____

Via _____

Città _____

e p.c. Al Dipartimento di Scienze Mediche, Motorie e del Benessere
Via Medina n. 40 Napoli

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,

il _____, iscritto/a al corso di laurea in _____

con numero di matricola _____, telefono_____

e-mail _____

c h i e d e

di poter svolgere presso la vostra struttura le Attività Tecnico Pratiche connesse all'esame di

_____

per un numero di ore pari a:

- 120h (pari a 9CFU)
- 160h (pari a 12 CFU)

Prima dell'inizio delle attività, il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare al docente di riferimento una copia della presente richiesta vistata (timbrata) e firmata dal Responsabile della Palestra/Centro.
Successivamente, **prima dell'inizio delle attività,** il/la sottoscritto/a si impegna a inviare la copia, firmata dal Responsabile della Palestra/Centro e dal docente, a: segreteria.dismeb@uniparthenope.it.

Visto Palestra/Centro (Timbro e Firma del responsabile)

_____

Firma del docente dell'insegnamento: _____

Napoli, _____

Firma

_____