Direttore del Dipartimento di Scienze del Farmaco

Università degli Studi di Pavia

Oggetto: richiesta autorizzazione a frequentare il Dipartimento

Egr. Direttore,

con la presente si chiede l’autorizzazione affinché\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome del

frequentante), possa frequentare il Dipartimento in quanto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (motivazione)

per il periodo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (dal al)

Si dichiara che per il soggetto è provvisto di copertura assicurativa (come da allegato).

Pavia, data della richiesta

ALLEGATO: modulo copertura assicurativa