

ALL'ASSESSORATO SANITÀ,
SALUTE E POLITICHE SOCIALI
DIREZIONE SALUTE
UFFICIO FORMAZIONE E
AGGIORNAMENTO
VIA DE TILLIER, 30
11100 AOSTA

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ il _____, codice fiscale
_____, residente a _____,
Via/Fraz. _____, domiciliato
a (se diverso dalla residenza) _____, in
Via/Fraz. _____, iscritto/a al ____ anno

- a tempo pieno
 a tempo parziale

del Corso di Laurea in _____
_____ per l'anno accademico _____ richiede

- l'acconto
 il saldo

dell'assegno di formazione in quanto ha raggiunto i _____ crediti richiesti, ai sensi
della DGR n. 2213 del 30 maggio 2003.

A tal fine allega:

- la fotocopia del piano annuale di studio del corso frequentato
- la fotocopia del libretto universitario

conformi agli originali in proprio possesso.

Data _____

FIRMA
