

**Facoltà di Scienze MM.FF.NN.
Ufficio Segreteria Studenti**

Marca da
bollo
vigente

DOMANDA DI OPZIONE

(da compilare in stampatello o dattiloscritta)

Il/la sottoscritto/a, matr. _____, iscritto/a al _____ del Corso di LT <input type="checkbox"/> / LS <input type="checkbox"/>
in _____ per l' a.a. _____ / _____, chiede l'opzione per l'a.a. 2009/2010 al _____ anno
del Corso di Laurea triennale/magistrale in _____ ex D.M. 270/04.

Cognome _____ Nome _____
Nato/a il ____/____/____ a _____ Prov. _____
Residente in _____ Prov. _____
Alla Via/P.zza _____ c.a.p. _____
Recapito telefonico _____ e-mail _____

Il/la sottoscritto/a, dichiara, altresì di essere a conoscenza che la richiesta di opzione è IRREVOCABILE, che non si possono più sostenere esami dal momento della presentazione della richiesta, e dichiara altresì, di accettare le condizioni di riconoscimento del proprio curriculum deliberate dal CCS.

Dich.esami vedi retro-->

Napoli, _____

Il Richiedente

.....

RICEVUTA DOMANDA DI OPZIONE (da compilarsi a cura dello studente)

Matricola _____

Cognome _____ Nome _____

Corso di Laurea/Laurea Magistrale richiesto: _____

Timbro e firma di ricezione dell'Ufficio di Segreteria

