

**ANNO ACCADEMICO 2024/2025**  
**Domanda per l'ammissione al Percorso di  
Eccellenza**

**del Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in  
Medicina e Chirurgia (Classe: LM-41)**

**Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara:**

Cognome				Nome			
Matricola n.			Anno di immatricolazione			Anno di corso	
Nato il			Luogo di nascita				Prov.
Codice fiscale							
Indirizzo: Via/piazza						n.	
Città				Cap.			Prov.
Telefono fisso			Cellulare			Fax	
E-mail							

**elegge ai fini del presente concorso il seguente domicilio:**

Indirizzo: Via/piazza						n.	
Città				Cap.			Prov.

**DICHIARA**

- di aver acquisito tutti i crediti formativi universitari (CFU) previsti nel primo anno del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia (LM-41);

