

Area Didattica 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. _____ / _____, <b>chiede</b> l'opzione per l'a.a. _____ 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

