



Area Servizi allo Studente
Divisione Corsi di Area Sanitaria e Post Laurea
Ufficio Servizi allo Studente

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SIENA

Matricola n. _____

____L____ SOTTOSCRITT _____

NAT ____A____ (PV _____) IL ____/____/____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

N _____ CAP _____ (PV _____) TEL _____/_____

EMAIL _____ ISCRITTO PER L'ANNO ACCADEMICO ____ / ____

AL CORSO DI LAUREA / LAUREA SPECIALISTICA / MAGISTRALE / CORSO SINGOLO

IN _____

FA RICHIESTA:

DEL DUPLICATO BADGE MAGNETICO

e a tal fine:

- dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, di aver smarrito in data ____/____/____ presso _____ il badge magnetico di cui si chiede il duplicato
- allega il badge non funzionante
- allega versamento di € 38,00 per il rilascio del duplicato

Luogo _____

Data _____

Firma leggibile _____