



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

SEGRETERIA STUDENTI

FACOLTÀ DI BIOLOGIA E FARMACIA / FACOLTÀ DI SCIENZE

RICOGNIZIONE

Marca da bollo
da Euro16

Matricola n. _____

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

___l___ sottoscritt___ _____ nat___ a _____
_____ il _____ iscritt___ al Corso di Studio in
_____,

CHIEDE

di effettuare la ricognizione per i seguenti Anni Accademici: _____/_____;
_____/_____; _____/_____; _____/_____.

___l___ sottoscritt___ dichiara di essere a conoscenza di **NON** poter sostenere esami per i
suddetti Anni Accademici.

Cagliari, _____

(Firma)

RECAPITI:

Indirizzo E-mail _____

Telefono _____

Telef. Cellulare _____