**MODULO DI ADESIONE DEGLI STUDENTI PER “VIVI UNA MATTINA UNIVERSITARIA”**

**DATI DELL’ISTITUZIONE SCOLASTICA**

Istituto scolastico………………………………………..…………………………………………..……………….…………………

Via…………………………………………………………………...Città…………………………………………….Provincia…..…

Email (Istituto)……………………………………..…………….…………………………………………..……………………………

Docente Responsabile dell’Orientamento…………….………….………………………………………………….………

Email (docente referente)………………………………………..……………………………………………..……………………

**DATI DEGLI STUDENTI**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia | Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia |
| Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia | Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia |
| Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia | Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia |
| Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia | Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia |
| Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia | Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia |
| Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia | Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia |
| Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia | Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia |
| Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia | Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia |
| Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia | Nome  Cognome  Classe Sez  Indirizzo di studio  Email  Cellulare  Sono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)  o Medicina e Chirurgia  o Professioni sanitarie   * Infermieristica * Fisioterapia * Podologia |