**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**

|  |  |
| --- | --- |
| NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 | NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 |
| NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 | NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 |
| NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 | NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 |
| NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 | NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 |
| NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 | NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 |
| NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 | NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 |
| NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 | NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 |
| NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 | NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 |
| NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 | NomeCognome Classe Sez Indirizzo di studioEmail CellulareSono interessato a partecipare alla Lezione del Corso di Laurea di (indicare con X)o Medicina e Chirurgiao Professioni sanitarie * Infermieristica
* Fisioterapia
* Podologia
 |