Al Preside  
Facoltà di Farmacia e Medicina  
Prof. Carlo Della Rocca

Generalità del candidato

(nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data di nascita) \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Da compilare solo se STUDENTE FACENTE PARTE DELL’ASSEMBLEA DI FACOLTÀ**

**** Area LAUREE MAGISTRALI IN MEDICINA E CHIRURGIA  
 Area LAUREA MAGISTRALE IN FARMACIA E CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE  
 e LAUREA IN SCIENZE FARMACEUTICHE APPLICATE  
  Area LAUREE E LAUREE MAGISTRALI IN BIOTECNOLOGIE  
  Area LAUREE E LAUREE MAGISTRALI DELLE PROFESSIONI SANITARIE  
  Area SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE   
  (indicazione accessoria eventuale) Appartenente al POLO PONTINO