UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTI E SCUOLA
DI AREA MEDICA
SETTORE AMMINISTRAZIONE
Ufficio Didattica e Servizi agli Studenti
Via Solaroli, 17 – 28100 Novara NO
Tel. 0321 660572-573-613
ufficio.didattica.med@uniupo.it

Al Direttore del Dipartimento di Medicina Traslazionale
Prof Gianluca Aimaretti

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ___ / ___ / _____

a _____ (prov. _____), residente a _____ (prov. ____)

in Via/Piazza/Corso _____, n° ____, C.F. _____

Recapito tel. _____, e-mail _____

Iscritto/a per l'a.a. 2022/2023 Corso di Laurea in _____, della Scuola di Medicina, matricola n. _____, presa visione del Decreto del Direttore (rep. n.4/2023 del 31/03/2023) di approvazione della graduatoria, dichiara di accettare la borsa di studio assegnata per il soggiorno presso l'istituzione estera come indicata nella domanda di partecipazione al bando.

L'importo della borsa di studio sarà corrisposto tramite bonifico bancario o postale intestato al sottoscritto presso:

Banca/Bancoposta _____

Filiale/Agenzia _____

Via _____ Città _____

IBAN																							

Novara, lì _____ Firma _____