



AL MAGNIFICO RETTORE

S E D E

OGGETTO: richiesta duplicato tessera magnetica per la rilevazione delle presenze

Il/La sottoscritt _____,

medico in formazione presso la Scuola di Specializzazione in

_____ matricola n. _____, indirizzo posta elettronica

_____, recapito telefonico _____

chiede

il rilascio del duplicato della tessera magnetica per la rilevazione delle presenze, per

furto(*)/smarrimento(*)/deterioramento di quella in dotazione.

Bari, __. __. ____

(firma)

IN ALLEGATO:

- copia documento di identità,

-.....