

ISCRIZIONE CORSI STUDENTE UDITORE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Provincia _____

Indirizzo _____ CAP _____

Città _____ Provincia _____ Nazione _____

Telefono _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

STUDI

- Laurea
- Diploma Scuola media Superiore

chiede di essere iscritto/a ai seguenti corsi come studente **uditore**

- con esame
- senza esame

	Titolo del Corso	Sem	Docente
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Trento, _____

Firma _____