



# Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Direzione I – Divisione 2  
Rip. 2 – Scuole di specializzazione area sanitaria  
(Modulo PdS)

## RICHIESTA CERTIFICATI - PERMESSO SOGGIORNO

Il/La sottoscritto/a (*cognome, nome*) \_\_\_\_\_

LUOGO e Data di nascita \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Domicilio (via / Piazza) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-MAIL \_\_\_\_\_

Iscritt\_\_ per l'anno accademico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Matricola n. \_\_\_\_\_

alla Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

### CHIEDE

al fine del rilascio del PERMESSO DI SOGGIORNO N. \_\_\_\_\_ copie del CERTIFICATO di ISCRIZIONE

### Attenzione

Il certificato riporterà la dicitura "Certificato rilasciato per i procedimenti disciplinati dalle norme sull'immigrazione".

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Roma, \_\_\_\_\_