



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA BASILICATA
UFFICIO POST LAUREAM – U.A. DOTTORATI DI RICERCA

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi della Basilicata
Ufficio Post Lauream
U.A. Dottorati di Ricerca
Via Nazario Sauro, 85
85100 Potenza

Il sottoscritto /I, the Undersigned,

--	--

Cognome / Surname

Nome / Name

		M	F
--	--	---	---

Data nascita / Date of Birth

Luogo di nascita / Place of Birth

Sesso/sex

--	--

Città di residenza / City - Country

Prov. / State – Province

--	--

C.A.P. / Zip Code

Indirizzo di residenza / Address

--	--

Domicilio, se diverso dall'indirizzo di residenza/ residence, if different address

--	--

Telefono / Country code – area code – phone number

cellulare /mobile

--

indirizzo e-mail / e-mail address

Codice Fiscale (obbligatorio)/ Italian Fiscal Code

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

L'ISCRIZIONE PER L' A.A. 2019/2020 AL ____ ANNO DEL CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN _____ CICLO _____

(data/date)

(firma/signature)