UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi del Molise

__l__ sottoscritt__ _____ _____
Cognome *Nome*
nat__ a _____ Prov. _____ il _____

in relazione alla propria domanda di immatricolazione al Corso di Laurea in Scienze Motorie e Sportive del Dipartimento di Medicina e di Scienze della Salute "*V. Tiberio*"

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e a pena di decadenza dall'immatricolazione che, entro 90 giorni dalla data odierna, trasmetterà alla Segreteria Studenti di codesta Università un certificato medico di idoneità alla pratica sportiva non agonistica, comprensivo di ECG a riposo, rilasciato da una struttura del SSN o da struttura con lo stesso convenzionata.

Campobasso, _____

_____
Firma leggibile