



## ISCRIZIONI PART-TIME A. A. 2024/2025

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Iscritto/a per l'A. A. 2024/2025 all'anno  (indicare l'annualità)

del corso di Diploma Accademico di \_\_\_\_\_ livello in

\* .....  
(\* indicare la Disciplina)

### **dichiara di volersi iscrivere PART-TIME per uno dei seguenti motivi:**

per contemporanea iscrizione all'Università (compilare i campi sottostanti)

Corso di Laurea .....

\*  Triennale  Specialistica (\*) (barrare la casella corrispondente) / anno di frequenza \_\_\_\_\_

Università .....

in quanto Studente Lavoratore

per iscrizione alla 2° frazione (completamento frequenza part-time anno precedente)

**Il/la sottoscritto/a si impegna a presentare un piano di studi per non più di 40 CFA e si impegna a consegnare a questa Istituzione eventuale copia della ricevuta di pagamento della tassa ESU versata alla propria Università.**

Data

Firma

.....

.....

Segreteria Didattica