

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Bari "A. Moro"
P.zza Umberto I, 2 – BARI

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____, nato/a a _____

Il _____ e residente a _____ in Via _____ n° _____,

iscritto/a al ___ anno del Dottorato di Ricerca in Scienze del Farmaco (_____ ciclo) presso il Dipartimento di Farmacia – Scienze del Farmaco di questa Università

CHIEDE

N° _____ certificati di copertura assicurativa

Bari , _____

Firma

N.B.: allegare fotocopia del documento di identità ed inviare a:

Sig. Chiarito Tommaso

U.O. Appalti Pubblici di Servizi e Forniture

Sezione Contratti e Appalti

Direzione Appalti, Edilizia e Patrimonio

E-mail: tommaso.chiarito@uniba.it