

AL MAGNIFICO RETTORE

S E D E

OGGETTO: richiesta duplicato tessera magnetica per la rilevazione delle presenze

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ ,  
medico in formazione presso la Scuola di Specializzazione in  
\_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_ , indirizzo posta elettronica  
\_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_

chiede

il rilascio del duplicato della tessera magnetica per la rilevazione delle presenze, per furto(\*)/smarrimento(\*)/deterioramento di quella in dotazione.

Bari, \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

---

(firma)

IN ALLEGATO:

- copia documento di identità,  
-.....