



**UniSR**  
Università Vita-Salute  
San Raffaele

**RICHIESTA AUSILI**

**MO 46-1**  
rev. 02 del 25/07/2022  
PO 46  
Pag. 1 di 1

**Il/La sottoscritto/a**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

Corso di studi \_\_\_\_\_ anno di corso. \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

- 1. allega al presente modulo la certificazione inerente il proprio status;
- 2. chiede che venga verificata la possibilità di poter usufruire dei seguenti ausili:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_