



UNIVERSITÀ
di **VERONA**

Consiglio
degli **STUDENTI**

RICHIESTA DI ACCESSO SPAZI CAMPOFIORE - Via campofiore 17

Associazione/Gruppo Studentesco _____

Si dichiara che (Nome Cognome) _____

Nato/a _____ il _____

Matricola _____ Numero di telefono _____

e (Nome Cognome) _____

Nato/a _____ il _____

Matricola _____ Numero di telefono _____

in qualità di Referente e Co-referente dell'associazione/gruppo studentesco

Richiedono l'iscrizione alla lista accessi di Spazi Associativi siti in Via Campofiore 17

per il biennio* _____

Verona _____

Il/La Referente
