

CUS trento



FACOLTIADI 2025

DIPARTIMENTO/CENTRO.....

	COGNOME	NOME	T CUS	MATR	Corso di laurea	*Studente/Dipendente/Alunno
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

RESPONSABILE.....TEL.....

E-MAIL.....

*Indicare la categoria di appartenenza