



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

Amministrazione centrale
Area Uffici della Didattica
Segreteria Studenti Area Medica

ALLEGATO 1 al bando di selezione per il rilascio del nulla osta per trasferimenti/passaggi ad anni di corso successivi al primo per i corsi di laurea di Area Medica e di Area Sanitaria - a.a. 2019/2020

DOMANDA DI NULLA OSTA AL TRASFERIMENTO/PASSAGGIO SOLO PER STUDENTI ISCRITTI IN ATENEI ITALIANI

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a.....
il..... residente a..... prov. (.....), in
via..... cap (.....)
cellulare.....e-mail.....

DICHIARA

di essere iscritto/a **in corso** per l'a.a. 2018/2019 al anno del corso di
laurea in.....
dell'Università di.....

CHIEDE

il rilascio del nulla osta al trasferimento/passaggio per l'a.a. 2019/2020 presso l'Università degli Studi dell'Aquila, al corso di laurea in.....

Il sottoscritto allega alla presente i documenti previsti dall'art. 4 del bando di selezione:

- dichiarazione sostitutiva di certificazione ed eventuale altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione della carriera;
- domanda proseguimento studi corredata del relativo versamento
- fotocopia fronte/retro del documento d'identità valido

DICHIARA

- di aver preso visione del bando di selezione e di accettarne le disposizioni ivi previste
- di autorizzare il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679

Firma

Luogo e data, _____
