



**Area Didattica e servizi agli studenti**  
Ufficio Segreterie Studenti e Offerta Formativa  
Piazza Università, 21

**PROFESSIONI SANITARIE - RICHIESTA DI PASSAGGIO DI CORSO PRIMO X PRIMO**

..l.....sottoscritt.....Codice Fiscale

.....  
cognome nome  
nat.... a.....il...../...../..... prov..... Sesso  M  
 F

Comune di nascita gg mm aa

Residente a..... in

via.....n°.....prov..... C.A.P.....

cittadinanza..... tel./cell.....indirizzo e-mail..... iscritto al

**PRIMO** anno in corso per l'anno accademico **20**\_\_/\_ nel corso di:

Laurea in .....

Laurea Magistrale in .....

Laurea Magistrale a ciclo unico in .....

Matricola n° .....

**CHIEDE**

**IL PASSAGGIO DI CORSO PRIMO PER PRIMO AL CORSO DI LAUREA IN**

(specificare il corso al quale si è stati assegnati in graduatoria)

Data .....

*firma*

**La domanda deve essere inviata al seguente indirizzo:**

[panip@uniss.it](mailto:panip@uniss.it)

**ENTRO E NON OLTRE LA DATA DI SCADENZA SPECIFICATA NEL BANDO DI CONCORSO  
DELLE PROFESSIONI SANITARIE, PENA L'ESCLUSIONE DALLE GRADUATORIE**