

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI SASSARI

AREA DIDATTICA E SERVIZI AGLI STUDENTI

*Ufficio Segreterie Studenti e Offerta formativa*

**AL MAGNIFICO RETTORE**

**(cognome)**

**(nome)**

….l…. sottoscritt……………………...………………………..………………………….. Codice fiscale ……………...………

**(gg/mm/aaaa)**

nat…. a ………………………………………………………...…….. prov ……………. il ….../..…./..…….. Sesso **⃝ M ⃝ F**

**(comune di nascita)**

residente a ..………………………………. in via ………………………………………. n° ……….. prov. ….. CAP …………

cittadinanza ……………………………… tel/cell …………………. e-mail …………………………..…………………………

iscritt…. per l’anno accademico ………./………. presso l’Ateneo ………………………...……………………………………

al **corso** di  **⃝** Laurea  **⃝** Laurea Magistrale  **⃝** Laurea Magistrale Ciclo Unico in ………………………………………………………………………………………………………………………………………

**CHIEDE**

Di partecipare al concorso per il rilascio del nulla osta per l’ammissione ad anni successivi al 1, presso l’Università degli Studi di Sassari, per l’anno accademico ……/……,

al ….. anno di corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

Si allega:

**⃝ autocertificazione o certificazione dell’Università di provenienza degli esami sostenuti;**

**⃝ copia di un documento di riconoscimento valido**

Data ……………………………….. …………………………………………..  
 Firma\*

|  |
| --- |
| **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PER IL RILASCIO DEL NULLA OSTA PER L’AMMISSIONE ANNI SUCCESSIVI AL PRIMO** |