



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

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