uniss
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI

AREA DIDATTICA, ORIENTAMENTO E SERVIZI AGLI STUDENTI
Ufficio Segreterie Studenti e Offerta Formativa

AL MAGNIFICO RETTORE

..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