|  |
| --- |
| C:\Users\Piera\Desktop\SCANNER\LOGO UNISS\sigillologo-per-modulistica-studenti2.jpg  **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 **2021/22** 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** | |
| **PROFESSIONI SANITARIE - RICHIESTA DI PASSAGGIO DI CORSO PRIMO X PRIMO** |