|  |
| --- |
| 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****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** |