



UNIVERSITÀ
CAMPUS
BIO-MEDICO
DI ROMA

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DA ALTRA UNIVERSITÀ (SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE)

(compilare in stampatello in tutte le sue parti)

*Al Magnifico Rettore dell'Università
Campus Bio-Medico di Roma
Via Alvaro Del Portillo, 21
00128 Roma*

__l__ sottoscritt__

Cognome _____

Nome _____

nat__ a _____ il _____

residente in _____

Via _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____

domiciliato in _____

Via _____ n. _____ CAP. _____ Prov. _____

tel. _____ cell. _____ E-mail _____

codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

iscritto al° anno della Scuola di specializzazione

in

per l'anno accademico

fa domanda di trasferimento presso la Scuola di specializzazione in

.....

dell'Università Campus Bio-Medico di Roma;

e di iscrizione al ... anno di corso, per l'anno accademico

per le seguenti motivazioni

.....
.....
.....
.....

❖ **allega i seguenti documenti:**

- nulla osta del Consiglio della Scuola dell'Università di provenienza;
- autocertificazione relativa all'iscrizione alla Scuola di specializzazione e agli esami sostenuti;
- Curriculum Vitae;
- ricevuta di pagamento del contributo per trasferimento pari a 250,00 euro (coordinate bancarie: c/c bancario della Banca popolare di Sondrio; Codice IBAN: IT83 Y056 9603 2110 0000 7344X73)..

Indirizzo al quale desidera ricevere le notificazioni (se diverso della residenza):

Con osservanza.

Data

Firma
