MOD. PS_01

DOMANDA DI PASSAGGIO – Anno accademico 2018/2019

(SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA CONCORSO SSM 2019)

Marca da bollo da € 16,00

AL MAGNIFICO RETTORE
dell'Università degli Studi di Firenze
Segreteria Studenti della Scuola di

_____

_____

FIRENZE
(gli indirizzi delle Segreterie studenti sono reperibili sul sito www.unifi.it)

N. MATRICOLA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome e nome |_____|

nato/a il |__|__| |__|__| |__|__|__|__|a |_____| prov. |__|__|

☐ **IMMATRICOLATO/A nell'anno accademico 2018/2019**

Alla Scuola di Specializzazione di Area Medica (Concorso SSM 2019)

|_____|

CHIEDE il PASSAGGIO della PROPRIA CARRIERA UNIVERSITARIA

Alla Scuola di Specializzazione di Area Medica (Concorso SSM 2019)

|_____|

..... *(data)*

..... *(firma)*

Allegati

☐ **ricevuta onere amministrativo 100 euro**

(effettuato su bollettino di **c/c postale** sul conto **n. 5504,** intestato a: **Università degli Studi di Firenze** causale obbligatoria: **"Onere amministrativo Passaggio Scuole di Specializzazione 2018/2019"**; oppure mediante **bonifico bancario** sul c/c n. 000041126939 intestato all'Università degli studi di Firenze, presso la Banca UNICREDIT SpA, via Vecchietti, 11, 50123, Firenze - Codice **IBAN IT88A0200802837000041126939** - Codice BIC/SWIFT UNCRITM1F86, causale obbligatoria: **"Onere amministrativo Passaggio Scuole di Specializzazione 2018/2019" .**)

☐ **copia di un documento di identità in corso di validità**

I DATI RICHIESTI DALL'ATENEO SONO RACCOLTI IN CONFORMITA' AL REGOLAMENTO (UE) N. 2016/679