

DOMANDA DI PASSAGGIO – Anno accademico 2019-2020

(SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA CONCORSO SSM 2020)

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 2019/2020

Alla Scuola di Specializzazione di Area Medica (Concorso SSM 2020)

| _____ |

CHIEDE il PASSAGGIO della PROPRIA CARRIERA UNIVERSITARIA

Alla Scuola di Specializzazione di Area Medica (Concorso SSM 2020)

| _____ |

.....
(data)

.....
(firma)

Allegati

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