

RICHIESTA DI NULLA OSTA PER L'ACCESSO AD ANNI SUCCESSIVI AL PRIMO DEI CORSI DI LAUREA A NUMERO PROGRAMMATO

(MANIFESTO DEGLI STUDI A.A.2018/19 Sez.7.1d/8.1d/10.1.1)

AL MAGNIFICO RETTORE

dell'Università degli Studi di Firenze
Segreteria Studenti della Scuola di
Scienze della Salute Umana

<https://sol.unifi.it/postlauream/login.jsp>

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome e nome	_____			
codice fiscale	_ _	_ _	_ _	_ _
nato/a il	_ _	_ _	_ _	_ _
a	_____			prov. _ _
residente in via/piazza	_____			n. _____
comune	_____			prov. _ _ C.A.P. _ _
telefono	_____			

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del **D.P.R. 28/12/2000, n.445** e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato

- di essere iscritto per l'A.A.2018/19 presso l'Università di _____
corso _____/ classe _____/

CHIEDE PER L'A.A.2018/2019 IL RILASCIO DEL NULLA OSTA

per l'ammissione al _____ anno del

CORSO DI _____

CLASSE _____ | *Curriculum* _____

SEDE FORMATIVA (compilare esclusivamente solo per i corsi di laurea in **Fisioterapia e in Infermieristica**)
(In mancanza di indicazione verrà attribuita dal sistema la prima sede libera tenuto conto della posizione in ordine di graduatoria)

SCRIVERE LE SEDI PROPOSTE IN ORDINE DI PREFERENZA:

- **Fisioterapia** sedi di **Empoli e Pistoia:**

I° _____; II° _____.

- **Infermieristica** sedi di **Empoli, Pistoia, Prato e Borso S. Lorenzo:**

I° _____; II° _____; III° _____;

IV° _____.

DICHIARA INOLTRE

di aver sostenuto i seguenti esami:

DENOMINAZIONE	S.S.D.	VOTO	CFU	SOSTENUTO IN DATA

