

RICHIESTA DI NULLA OSTA ISCRIZIONE
CORSI DI LAUREA TRIENNALI E LAUREA MAGISTRALI
DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
iscritto/a per l'anno accademico 2016/2017 al

 I° II° III°

- IN CORSO
- FUORI CORSO
- RIPETENTE

presso l'Università _____

CHIEDE

il nulla osta per l'iscrizione al Corso di Laurea in _____
dell'Università degli Studi di Milano per l'anno accademico 2017/2018, per il

 II° III°

in qualità di studente iscritto:

- IN CORSO
- FUORI CORSO
- RIPETENTE

Milano, _____
_____ (firma)

Allegati:

- Dichiarazione sostitutiva di tutti gli esami superati con relativi cfu, SSD (Settori Scientifico Disciplinari) e frequenze ottenute
- Copia del piano studi e programmi di tutti gli esami superati
- Dichiarazione in ordine di preferenza della sede (solo per i corsi aventi più sedi didattiche)
- Copia fronte/retro del documento d'identità
- Altro: _____

RECAPITO: via/piazza _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Tel.: _____ Cellulare _____

Email: _____