



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

Marca  
da bollo  
da  
€ 16,00  
(da applicare a cura dell'interessato)

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO PER ALTRO ATENEIO  
SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE**

AL CONSIGLIO DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE  
IN: \_\_\_\_\_

dell'Università degli Studi di Milano

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_

(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome/i) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
iscritto al \_\_\_\_\_ anno della Scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_  
Titolare di Contratto di Formazione Specialistica  MIUR  REGIONALE

**CHIEDE IL TRASFERIMENTO**

**ALL'UNIVERSITA' \_\_\_\_\_ SEDE DI \_\_\_\_\_**

per l'a.a. 20\_\_/20\_\_ al \_\_\_\_\_ corso della medesima Scuola di specializzazione per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:**

- Il nulla osta da parte dell'Università dove intende iscriversi
- Libretto
- Copia ricevuta di versamento del contributo di trasferimento € 75,00

Milano, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(leggibile e per esteso)

**RICEVUTA CONSEGNA DOMANDA DI TRASFERIMENTO SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data consegna \_\_\_\_\_