



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

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO IN ARRIVO
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 _____
presso l'Università degli Studi di _____

CHIEDE

Il trasferimento, per l'a.a. 20__/20__ al _____ corso della medesima Scuola di specializzazione per il seguente motivo:

Dichiaro inoltre:

- Di aver superato i seguenti esami di profitto (segnare voto e data): _____

- Di essere in possesso del contratto di formazione specialistica (solo per i laureati in Medicina e Chirurgia): (specificare Ente _____
- Allego il nulla osta da parte dell'Università di provenienza.

Milano, ____/____/____

Firma _____
(leggibile e per esteso)

RICEVUTA CONSEGNA DOMANDA DI TRASFERIMENTO SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Cognome _____ Nome _____

Data consegna _____