



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 _____
indirizzo e-mail _____
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):
 - MINISTERIALE
 - P.N.R.R.
 - REGIONALE (consegno autorizzazione della Regione per trasferimento fondi)
 - PRIVATA (consegno dichiarazione dell'Ente per trasferimento fondi)
 - 10% S.S.N. (consegno autorizzazione dell'Ente per frequenza)
- Data di inizio anno accademico _____
- Allego il nulla osta dell'Università di provenienza o in alternativa il nulla osta del Direttore della Scuola.
- Di aver sospeso per maternità/malattia – data di fine periodo del recupero _____
- Di essere assunto con il Decreto Calabria (Ente) _____

RICEVUTA CONSEGNA DOMANDA DI TRASFERIMENTO SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Cognome _____ Nome _____

Data consegna _____