



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

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO VERSO 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 _____

Solo per le Scuole di Area Medica

Titolare di Contratto di Formazione Specialistica MIUR REGIONALE 10% S.S.N.

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

Copia della 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 _____