



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

Marca da
bollo da
€ 16,00

DOMANDA DI CAMBIO CORSO – SEDE

Io sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

cell. _____ e mail _____

essendomi già immatricolato/a o avendo già svolto la procedura di passaggio/trasferimento al corso di

laurea in _____

sede _____

risultando successivamente vincitore/vincitrice in una propria scelta migliore, presenta la seguente domanda di

passaggio al corso di laurea in _____

sede _____

Verona _____

Firma _____

Si allega fotocopia del proprio documento di riconoscimento.

NOTA BENE: verrà fatto un controllo d'ufficio sul corso – sede per il quale si chiede il presente cambio e, qualora l'indicazione riportata sulla presente domanda non corrisponda alle regole indicate sul bando di concorso, la stessa non sarà presa in considerazione. Si prega quindi di fare molta attenzione alla propria posizione ed agli scorrimenti delle graduatorie.