



Apporre
Marca da Bollo
Vigente

Al Magnifico Rettore
Università di Verona

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ATENEO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il
_____ a _____ Prov _____
Medico in Formazione Specialistica regolarmente iscritto/a al ___ anno di corso A.A. ____/____ della Scuola
di Specializzazione in _____
dell'Università degli Studi di _____
con contratto di formazione specialistica di tipo _____

CHIEDE

di poter proseguire la formazione specialistica presso la Scuola di Specializzazione in

dell'Università degli Studi di Verona con iscrizione al _____ anno di corso A.A. ____/____

Allega:

- piano di studio rilasciato dall'Università di provenienza;
- dichiarazione sostitutiva degli esami di profitto superati presso l'Università di provenienza;

Il/La sottoscritto/a chiede che gli siano convalidati gli esami sostenuti e/o le frequenze dei corsi e si impegna a produrre in tempi utili **nulla osta** al trasferimento rilasciato dal Rettore dell'Università degli Studi di provenienza e prende atto che la domanda di trasferimento è condizionata al numero dei posti disponibili e alla delibera di accettazione del trasferimento da parte del Consiglio della Scuola di Specializzazione dell'Università degli Studi di Verona.

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che la domanda di trasferimento in arrivo da altra Università può essere presentata soltanto per gli anni di corso successivi al primo e almeno tre mesi prima dell'inizio del nuovo Anno Accademico.

Indirizzo per comunicazioni : _____

_____ tel. _____

Cell. _____ e-mail _____

Data _____

(firma)



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – G.U. n. 42 del 20/02/2001)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ Prov _____
in riferimento alla sua richiesta di trasferimento alla Scuola di Specializzazione in _____
dell'Università degli Studi di Verona
(consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci -
art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

- di aver sostenuto i seguenti esami di profitto:

DATA	DENOMINAZIONE ESAME	VOTO

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Università può utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione (D.lgs 196/2003).

Data _____

_____ (firma non autenticata)

NOTA BENE: La firma deve essere apposta alla presenza dell'incaricato addetto al ricevimento presso l'U.O. Carriere Scuole di Specializzazione d'area medica ed esami di stato, Via Bengasi, 4 – 37134 Verona. Qualora la dichiarazione venga spedita per posta ovvero inoltrata tramite persona diversa dall'interessato, alla stessa dovrà essere allegata fotocopia semplice del documento d'identità del sottoscrittore.