

## 2 – Modulo richiesta di cambio sede

### AI PRESIDENTE

Commissione Concorso di ammissione

Lauree Triennali di Area Sanitaria

SEDE

**Oggetto:** Richiesta passaggio di sede

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

- sotto la propria responsabilità ed ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

### DICHIARA:

- di aver partecipato presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata al concorso di ammissione per l'accesso alle lauree triennali di area sanitaria per il prossimo anno accademico;
- di aver riportato il punteggio di \_\_\_\_\_/90;
- di essersi collocato nella graduatoria generale di merito al \_\_\_\_\_ posto;
- di essere stato ammesso al Corso di Laurea in \_\_\_\_\_ ;
  - presso la sede \_\_\_\_\_

### CHIEDE

in caso di disponibilità di posti il passaggio alla sede di (*possono essere indicate max 2 opzioni*):

1<sup>a</sup> opzione \_\_\_\_\_ 2<sup>a</sup> opzione \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

<b>Accettazione Cambio sede:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Per la sede di _____	<b>Visto</b>	



Si attesta che \_\_l\_\_ Sig./ra \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

ha presentato in data odierna richiesta di Cambio Sede.

La Segreteria

\_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_