

(modulo nr. 13)

Al Magnifico Rettore  
dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

**Sede**

Spazio riservato alla  
MARCA  
DA  
BOLLO € 16,00

Domanda di **trasferimento in uscita**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

iscritto/a per l'anno accademico \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno della Scuola di Specializzazione

in \_\_\_\_\_

**chiede**

il trasferimento alla Scuola di Specializzazione in

dell'Università di

**dichiara**

- di essere in regola con le tasse Universitarie;

di beneficiare di un contratto: ☐ Ministeriale ☐ Finanziamento privato  
decorrenza contratto /inizio attività didattica (per i laureati non medici)

- di aver/non aver effettuato periodi di sospensione della formazione e/o periodi di  
formazione all'estero/Italia

- di essere/non essere incorso in sanzioni disciplinari

**prende atto che**

- è suo onere verificare le condizioni e le scadenze per l'accoglimento del proprio trasferimento all'Università di destinazione;
- il trasferimento è condizionato all'acquisizione del nulla osta della Scuola di Specializzazione di attuale iscrizione e del nulla osta della Scuola di Specializzazione ricevente;
- il trasferimento è consentito dal secondo anno in poi ed è condizionato al superamento dell'esame teorico pratico di fine anno; non sono ammessi trasferimenti in corso d'anno.

Allega:

- 1) ricevuta del versamento di Euro 150,00;
- 2) nulla osta dell'attuale Scuola di specializzazione e nulla osta della Scuola di specializzazione ricevente;
- 3) fotocopia del documento d'identità;
- 4) copia del libretto informatizzato delle attività formative da richiedere al Coordinamento via mail ([didattica.specializzazioni@med.uniroma2.it](mailto:didattica.specializzazioni@med.uniroma2.it))

Firma

---

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

La suddetta documentazione dovrà essere inviata a: [segreteriaasm@uniroma2.it](mailto:segreteriaasm@uniroma2.it)