

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

Spazio riservato
alla MARCA DA
BOLLO € 16,00

Domanda di trasferimento in uscita

Il/La sottoscritto/a _____, matricola _____,
codice fiscale _____, nato/a a _____ (____),
il _____, residente in _____ (____),
Via/Piazza _____, nr. di cellulare: _____,
iscritto/a al ____ anno della Scuola di Specializzazione in _____.

DICHIARA

- di beneficiare di un contratto: ☐ Ministeriale ☐ Finanziamento privato;
- di essere in regola con le tasse Universitarie;
- di essere/non essere incorso in sanzioni disciplinari;
- di aver/non aver effettuato periodi di sospensione della formazione e/o periodi di formazione extra rete in Italia/estero presso _____ dal _____ al _____;

PRESO ATTO CHE

- è onere proprio 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;
- il trasferimento è condizionato al superamento dell'esame teorico pratico di fine anno;
- non sono ammessi trasferimenti in corso d'anno;

CHIEDE

il trasferimento alla Scuola di Specializzazione in

dell'Università di _____.

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)

Roma, _____

Con osservanza,

La suddetta documentazione dovrà essere inviata a: segreteriaasm@uniroma2.it