



Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Direzione I – Divisione 2
Rip. 2 – Scuole di specializzazione area sanitaria
(Modulo 13)

Spazio riservato alla
MARCA
DA
BOLLO € 16,00

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

Sede

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.

Firma

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.

Roma, _____