

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 _____/60;
- 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^a opzione _____ 2^a opzione _____

In Fede

Roma, _____

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



Si attesta che __l__ Sig./ra _____
(Cognome) (Nome)

ha presentato in data odierna richiesta di Cambio Sede.

La Segreteria

Roma, _____