**Bando di trasferimento al corso di studio in Medicina e chirurgia**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 3 e 46 del D.P.R. n.445/2000 e consapevole, ex art. 76, D.P.R. n. 445/2000, che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ed incorre, altresì, nella decadenza dai benefici di cui all’art. 75, D.P.R. n.445/2000

**DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITà**

**I miei dati anagrafici:**

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**I dati relativi al mio percorso formativo [[1]](#footnote-1):**

🞐 di essere attualmente iscritto al corso di studio in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anno di corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A.A. 2024/2025

🞐 di essere decaduto/rinunciatario/laureato al corso di studio in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anno di corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARO ALTRESÌ**

di presentare domanda per l’accesso al corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia [LM-41] per il

🞐 II ANNO DI CORSO

🞐III ANNO DI CORSO

🞐 IV ANNO DI CORSO

🞐 V ANNO DI CORSO

🞐 VI ANNO DI CORSO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo data Firma

1. segnare con una X la dichiarazione che interessa (è possibile compilare entrambe le voci es. laureato al corso 1 e iscritto al corso 2) [↑](#footnote-ref-1)