



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

SEGRETERIA STUDENTI FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

MANIFESTAZIONE INTERESSE RILASCIO NULLA OSTA TRASFERIMENTI DA ALTRI ATENEI

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a (prov.) il

residente a (prov.)

indirizzo C.A.P.

tel. cellulare

e-mail iscritto/a per l'A.A. 2017/ 2018

presso l'Università degli Studi di

al anno del Corso di Laurea/Laurea Magistrale/Laurea Magistrale a ciclo unico in

,avendo presentato istanza di rilascio nulla osta per il trasferimento presso l'Università degli Studi di Cagliari, dopo avere preso visione della graduatoria generale di merito relativa alle istanze di trasferimento presentate dagli studenti scritti presso altri atenei,

DICHIARA

il proprio interesse al rilascio del relativo nulla osta al il trasferimento in ingresso presso l'Ateneo di Cagliari, con preferenza per la sede di Cagliari - Nuoro (Indicare l'ordine di preferenza per le 2 sedi – Digitare 1 in caso di preferenza prioritaria e 2 in caso di preferenza secondaria. Digitare 0 per la sede per cui non si è interessati).

Data

Firma