



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

SEGRETERIA STUDENTI FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

## AVVISO DI CONVOCAZIONE POSTI RESIDUI ISCRIZIONI PROFESSIONI SANITARIE MANIFESTAZIONE INTERESSE ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a  (prov. ) il

residente a  (prov. )

indirizzo  C.A.P.

tel.  cellulare

e-mail , collocato in qualità di Idoneo non vincitore

nella graduatoria del corso di

,avendo presentato regolare domanda di ripescaggio secondo quanto disposto dall'art. 10 del bando di selezione, dopo avere preso visione della graduatoria di merito relativa al corso di studi per il quale risulta al momento collocato in posizione di Idoneo non vincitore,

### DICHIARA

il proprio interesse a concorrere alla procedura straordinaria di riassegnazione dei posti, prevista secondo il calendario di convocazione di cui all'art. 10, qualora dovessero risultare ulteriori posti disponibili per l'iscrizione, e di essere a conoscenza del fatto che la mancata trasmissione del presente modulo secondo le modalità ed entro i termini specificatamente indicati nell'avviso di convocazione pubblicato nelle date riportate all'art. 10 del bando di selezione, comporterà la decadenza dal diritto all'iscrizione.

Data \_\_\_\_\_

Firma

*Inserire il proprio nome e cognome*

Allegare copia di un documento d'identità in corso di validità.

Trasmettere il presente modulo e la copia del documento d'identità alla casella di posta elettronica **documenti-medicina@unica.it**.