



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

SEGRETERIA STUDENTI FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

MANIFESTAZIONE INTERESSE SCORRIMENTO GRADUATORIA RIASSEGNAZIONE POSTI EXTRAUE (per candidati Idonei NON AMMESSI)

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a (prov.) il

residente a (prov.)

indirizzo C.A.P.

tel. cellulare

e-mail avendo sostenuto il test di ammissione

presso l'Università degli Studi di

per l'ammissione al Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia/Odontoiatria e P.D.

,avendo presentato istanza di riassegnazione presso l'Università degli Studi di Cagliari,

dopo avere preso visione della graduatoria generale di merito relativa alle istanze di riassegnazione presentate dai candidati che hanno sostenuto il test di ammissione presso altri atenei, nella quale risulta collocata/o in qualità di **Idoneo NON AMMESSO**,

DICHIARA

il proprio interesse a concorrere per gli eventuali successivi scorrimenti della suddetta graduatoria, qualora dovessero risultare posti disponibili per l'immatricolazione presso l'Ateneo di Cagliari, a seguito di eventuali rinunce da parte dei candidati che lo precedono in graduatoria, secondo l'ordine di preferenza già espresso nella domanda di riassegnazione presentata mediante procedura online. Si impegna a provvedere all'eventuale immatricolazione entro le scadenze che verranno comunicate dalla Segreteria Studenti, consapevole che il mancato rispetto dei termini di scadenza comunicati comporterà la decadenza dal diritto all'immatricolazione in favore dei candidati collocati in posizione successiva nella graduatoria di merito.

Data

Firma