



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

SEGRETERIA STUDENTI FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

MANIFESTAZIONE INTERESSE RILASCIO NULLA OSTA TRASFERIMENTO DA ALTRO ATENEIO ITALIANO/
AMMISSIONE AD ANNI SUCCESSIVI CON PRECEDENTE CARRIERA SVOLTA IN ALTRO CORSO DI STUDI O ATENEIO
ESTERO (per candidati Idonei/Ammessi)

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. /

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/ammissione ad anni successivi, dopo avere preso visione della graduatoria generale di merito relativa alle istanze di trasferimento/abbreviazione presentate dagli studenti iscritti presso altri atenei o con precedente carriera svolta in altro corso di studi,

DICHIARA

il proprio interesse al rilascio del nulla osta al trasferimento in ingresso presso l'Ateneo di Cagliari/ammissione ad anni successivi, 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 **(Solo per il CDL in Infermieristica)**).

Si impegna a consegnare/trasmettere via mail entro 3 gg, dal rilascio del nulla osta al trasferimento in ingresso/ammissione ad anni successivi, copia della ricevuta attestante l'avvenuta presentazione della domanda di trasferimento in uscita per l'Ateneo di Cagliari, in caso di precedente iscrizione presso un ateneo italiano, ovvero la rinuncia agli studi in caso di precedente iscrizione presso un ateneo estero.

Data

Firma

(La firma si considera apposta con l'inserimento nel campo del proprio nome e cognome)