



Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Brescia

Al Presidente del Corso di Studio in

Il/La sottoscritto/a _____ Matricola _____

Tel. _____ E-mail _____ Residente a _____

in via _____ n. _____

Studente/ssa presso il Corso di Studio in

Sede di _____

Iscritto/a all'A.A. _____ / _____ al _____ anno, con n. _____ CFU acquisiti e registrati ad oggi.

CHIEDE

Il cambio di sede da _____ a _____

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE

(barrare una o più caselle)

- necessità di provvedere a cure prolungate per la propria salute, che richiedono accessi vincolati a servizi diagnostici, di terapia e assistenza;
- necessità di provvedere all'accrescimento dei propri figli, di età fino a tre anni, compreso l'allattamento;
- necessità di provvedere alla cura o al sostegno di propri familiari, mediante attività vincolanti e non sostituibili;
- motivi di lavoro, con specificazione da parte del datore di lavoro di obblighi e turni vincolanti;
- distanza geografica tra la propria abitazione e la sede didattica
- altro

Ulteriori note:

Data _____

Firma

Si allega:

- copia del documento di identità
- copia dell'eventuale permesso di soggiorno