



**Bollo
€ 16,00**

AL MAGNIFICO RETTORE
Università degli Studi di Brescia
SUA SEDE

e p/c U.O.C Coordinamento Area
Medico-Sanitaria e Scuole di
Specializzazione SUA SEDE

PEC: ammcentr@cert.unibs.it

Al Direttore della Scuola di Specializzazione in

Prof.

Alla UOC Coordinamento Area Medico-Sanitaria e Scuole di Specializzazione – Università degli Studi di Brescia

Il/La sottoscritto/a C.F.

nato/a Prov. Nazione il

residente a Prov. in via

iscritto/a al anno di corso - per l'A.A. Ateneo

alla Scuola di Specializzazione in

CHIEDE

Il trasferimento per l'AA all'anno di corso presso la Scuola di Specializzazione
in

Ateneo

In fede.

FIRMA

Brescia,

Allegati:

Per trasferimenti in uscita:

Nullaosta Segreteria Scuola presso la quale lo specializzando intende trasferirsi.

Nullaosta Consigli delle Scuole/Direttori di entrambi gli Atenei.

Per trasferimenti in ingresso:

Nullaosta Segreteria Scuola dall'Ateneo di provenienza (inclusa carriera pregressa al superamento esame di passaggio).

Nullaosta Consigli delle Scuole/Direttori di entrambi gli Atenei.

N.B: LE DOMANDE INCOMPLETE NON SARANNO ACCOLTE.