

 Università di Brescia	RICHIESTA CAMBIO SEDE CdS AREA MEDICA	MSAS-7.11.04 Rev.01 del 16/09/2026 Pag. 1 di 1
--	--	--

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