

Al Dirigente della Ripartizione
Gestione Carriere e Servizi agli Studenti
Dott. Nicola DELLA VOLPE

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL TRASFERIMENTO AD ANNI SUCCESSIVI AL PRIMO DEL
CORSO DI LAUREA IN FARMACIA
ANNO ACCADEMICO 2017/2018**

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. ____ il _____
Residente in _____ Via _____ n. _____
TEL. _____ C.F. _____

CHIEDE DI PARTECIPARE, PRESSO CODESTA UNIVERSITA', ALLA SELEZIONE PER L'AMMISSIONE AL
TRASFERIMENTO ALL'ANNO: _____ DEL CORSO DI LAUREA IN FARMACIA.
IL SOTTOSCRITTO ALLEGA ALLA PRESENTE FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI
RICONOSCIMENTO, AUTOCERTIFICAZIONE DEGLI STUDI COMPIUTI CON INDICAZIONE DEGLI ESAMI
SOSTENUTI E CREDITI ACQUISITI.

(Luogo).....

(Data).....

Firma

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL TRASFERIMENTO AD ANNI SUCCESSIVI AL
PRIMO DEL CORSO DI LAUREA IN FARMACIA
ANNO ACCADEMICO 2017/2018**

Ricevuta dell'avvenuta presentazione della domanda del/della Sig./Sig.ra

(Cognome, Nome, luogo e data di nascita)