



**DOMANDA DI PASSAGGIO AI CORSI DI LAUREA/LAUREA MAGISTRALE DEL
DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA**

AL MAGNIFICO RETTORE

Matr. _____

IL SOTTOSCRITTO

Cognome	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	Codice fiscale	<input type="text"/>
Comune di nascita	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Stato	<input type="text"/>	Cittadinanza	<input type="text"/>
Recapito telefonico	<input type="text"/>	Indirizzo e-mail	<input type="text"/>
Iscritto al Corso di Laurea/Laurea Magistrale			

Chiede per l'A.A. 2020/2021

Il passaggio al corso di Laurea/Laurea Magistrale in

a seguito del superamento del test di ammissione (Posizione in graduatoria n. _____)

Autocertificazione per attività formative superate ma NON caricate nel libretto elettronico:

Denominazione esame/attività formativa	Voto	Data	CFU

Milano, _____

Firma _____

ALLA DOMANDA DEVONO ESSERE ALLEGATI:

- una fotocopia leggibile di un documento d'identità in corso di validità e del Codice Fiscale;

N.B.: La tassa di passaggio pari a € 100,00 e il bollo virtuale di € 16,00 saranno corrisposti successivamente, su indicazione dell'Ufficio Gestione Carriere, dopo il perfezionamento del passaggio; la tassa sarà disponibile nella pagina personale.