UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SASSARI

A.D. MDLXII

Divisione Studenti

Marca da Bollo

vigente

AL MAGNIFICO RETTORE

.....l..... sottoscritt..... .....
cognome nome

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nat..... il ...../...../..... ..... Prov. .....
GG. MM. AA. comune di nascita

..... Prov. .....
residente in

in via ..... n. ..... C.A.P. ..... Cittadinanza .....

Tel./Cell. ..... E-mail .....

regolarmente iscritt ..... alla facoltà di .....

corso di ❑ laurea ❑ diploma in ..... anno di corso .....

Matricola n. .....

C H I E D E

a norma del Regolamento Didattico di Ateneo di essere trasferito per l'anno accademico ..... / .....

all'Università di ..... corso di laurea in .....

Facoltà di .....

Allega alla presente il nullaosta rilasciato dalla sudetta Università.

Ai sensi del D.Lgs. del 30/06/2003, n. 196 in materia di protezione dei dati personali, dichiara di aver preso visione dell'informativa di cui all'art. 13.

Sassari, li .....

.....
firma dello studente

DOMANDA DI TRASFERIMENTO

CST - Servizio Redazione - Centro Stampa Università - Sassari

DICHIARARE TUTTI GLI ESAMI SOSTENUTI			
Insegnamento	Data sostenimento	Votazione	C.F.U.