A.D. MDLXII

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SASSARI

Divisione Studenti

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 effettuare il passaggio per l'anno accademico ..... / .....

al corso di laurea in .....

Facoltà di .....

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 PASSAGGIO DI CORSO DI STUDI

CST - Servizio Redazione - Centro Stampa Università - Sassari

DICHIARARE TUTTI GLI ESAMI SOSTENUTI

Insegnamento	Data sostenimento	Votazione	C.F.U.