



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

Amministrazione centrale
Area Uffici della Didattica
Segreteria Studenti Area Medica

ALLEGATO 3 al bando di selezione per il rilascio del nulla osta per trasferimenti/passaggi ad anni di corso successivi al primo per i corsi di laurea di Area Medica e di Area Sanitaria - a.a. 2019/2020

DOMANDA DI NULLA OSTA AL TRASFERIMENTO-SOLO PER STUDENTI ISCRITTI IN ATENEI ESTERI

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a.....
il..... residente a..... prov. (.....), in
via..... cap (.....)
cellulare.....e-mail.....

DICHIARA

di essere iscritto/a **in corso** per l'a.a. 2018/2019 al anno (campo obbligatorio indicare l'anno d'iscrizione)
del corso di laurea in.....
dell'Università estera di.....

Statale/Privata (sbarrare la voce che non interessa) nazione

CHIEDE

per l'a.a. 2019/2020 il rilascio del nulla osta per il trasferimento allo stesso corso di laurea dell'Università degli Studi dell'Aquila.

Il sottoscritto allega alla presente i documenti previsti dall'art. 5 del bando di selezione:

- certificazione in lingua originale rilasciata dall'Università estera, corredata della relativa traduzione e **legalizzazione** della firma e/o delle firme apposte sul certificato originale, **legati da timbri contestuali di unione**
- domanda di riconoscimento crediti corredata del relativo versamento
- fotocopia fronte/retro del documento d'identità valido
- *solo per studenti extracomunitari*, permesso di soggiorno per motivi di studio valido

DICHIARA

- di aver preso visione del bando di selezione e di accettarne le disposizioni ivi previste
- di autorizzare il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679.

Luogo e data, _____

Firma
