

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi
di Palermo

***RICHIESTA NULLA OSTA AL TRASFERIMENTO**
A.A.2011/2012

Il/la sottoscritt _____ nat _____
a _____ il _____
residente a _____ via _____ n° _____
Tel. _____ Cellulare _____

CHIEDE

Il trasferimento dall'Università di _____
C.L. _____ a codesto Ateneo per l'anno
accademico 2011/2012 al _____ anno del C.L. _____
Sede _____

Si allega:

- 1) certificato di iscrizione con esami sostenuti e/o autocertificazione.**
- 2) copia di valido documento di riconoscimento.

Palermo, _____

firma

Esclusivamente per gli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia:

* **Consegnare o spedire in Segreteria Studenti entro e non oltre il 29 luglio 2011 ai seguenti recapiti:**

- Viale delle Scienze – Edificio 3 – 90128 Palermo;

- fax 091.6657217 – 091 421056

- mail: medicina@unipa.it (indicando per oggetto: Richiesta N.O. NOME e COGNOME)

** **I crediti acquisiti a seguito di corsi A.D.O. (crediti elettivi) non saranno valutati ai fini della graduatoria di merito.**