(Allegato 1)

DOMANDA DI TRASFERIMENTO

**AL TERZO ANNO DEL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA IN LINGUA INGLESE
DELL'UNIVERSITA' UNICAMILLUS A.A. 2020-2021**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE IN VIA _____ N. _____

CITTÀ _____ PROV. _____ CAP _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____ E-MAIL _____

ISCRITTO/A AL _____ ANNO DEL CORSO DI LAUREA IN _____

PER L'ANNO ACCADEMICO 2019/2020 PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI _____

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO AL III ANNO ALL'UNIVERSITÀ UNICAMILLUS DI ROMA PER IL CORSO DI LAUREA IN
MEDICINA E CHIRURGIA

A TAL FINE ALLEGA :

- CERTIFICATO ISCRIZIONE RILASCIATO DALL'ATENEO DI PROVENIENZA (O IN VIA PROVVISORIA AUTOCERTIFICAZIONE) CON IL DETTAGLIO DEGLI ESAMI SOSTENUTI, VOTI CONSEGUITI, NUMERO DI CFU, CLASSE DI CORSO E SETTORI SCIENTIFICO DISCIPLINARI
- PIANO DEGLI STUDI
- PROGRAMMA DEGLI INSEGNAMENTI
- COPIA BONIFICO BANCARIO DEL VALORE DI 150,00 EURO - **BENEFICIARIO:** UNICAMILLUS UNIVERSITY
IBAN IT 17 T 05696 03200 000013317X38 (BANCA POPOLARE DI SONDRIO) **BIC/SWIFT :** POSOIT22XXX
CAUSALE (INDICARE NOME E COGNOME ISCRITTO - CONTRIBUTO DI PARTECIPAZIONE DOMANDA DI TRASFERIMENTO)
- DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 SULLA "PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI" (DI SEGUITO ANCHE "GDPR") FORNITA DA UNICAMILLUS.

LUOGO E DATA

FIRMA PER ESTESO