**DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

# AL SECONDO ANNO DEI CORSI DI LAUREA NELLE PROFESSIONI SANITARIE 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 II ANNO ALL’UNIVERSITÀ UNICAMILLUS DI ROMA PER IL CORSO DI LAUREA IN:

FISIOTERAPIA (in english language)

RADIOLOGIA, DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E TECNICHE DI RADIOTERAPIA TECHNIQUES (in english language)

NURSING (in english language)

MIDWIFERY (in italian language)

BIOMEDICAL LABORATORIES TECHNIQUES (in italian language)

## A TAL FINE ALLEGA :

* Certificato iscrizione rilasciato dall'Ateneo di provenienza (o in via provvisoria Autoceritficazione) 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