

*Allegato 1*

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

# AL SECONDO ANNO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO 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

## CHIEDE

IL TRASFERIMENTO AL II ANNO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA DELL’UNIVERSITA’ UNICAMILLUS.

## A TAL FINE ALLEGA:

* PIANO DEGLI STUDI
* PROGRAMMA DEGLI INSEGNAMENTI
* COPIA BONIFICO BANCARIO del valore di 150 Euro - Beneficiario: UniCamillus University - Iban IT 42 J 05696 03200 000013134X49 (BANCA POPOLARE DI SONDRIO) BIC/SWIFT : POSO IT 22 - Causale “Contributo di partecipazione Domanda di trasferimento Nome e Cognome”
* CERTIFICATO DI ISCRIZIONE RILASCIATO DALL’ATENEO DI PROVENIENZA
* ATTESTAZIONE DI ATENEO RELATIVA AGLI ESAMI SOSTENUTI, AI VOTI CONSEGUITI, AL NUMERO DI CFU E SETTORI SCIENTIFICO-DISCIPLINARI; IN SOSTITUZIONE, AUTOCERTIFICAZIONE RECANTE I DATI RICHIESTI (CON VALORE PROVVISORIO)
* 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" FORNITA DA UNICAMILLUS.

LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA PER ESTESO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_