Al Consiglio di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

OGGETTO: PASSAGGIO DI SEDE

Io sottoscritto

nato a il

matricola n.

frequentante il \_\_\_\_\_\_ anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, sede di Terni per l’A.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDO

Il passaggio presso la sede del corso di laurea in Medicina e Chirurgia di Perugia per il seguente motivo:

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

In allegato:

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione degli esami sostenuti
2. copia documento di identità

Distinti saluti.

Terni, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA