

"MODULO A"

Al Magnifico Rettore dell'Università "Tor Vergata"

Richiesta nulla-osta al trasferimento a.a.2017/2018

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____

telefono _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, DICHIARA:

di essere iscritto/a presso l'Ateneo _____

al _____ anno del corso Laurea Magistrale a ciclo unico in **Medicina e Chirurgia in**

Lingua Inglese per l'anno accademico ____/____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per il Trasferimento e l'ammissione al corso di laurea Magistrale a ciclo unico in **Medicina e Chirurgia in Lingua Inglese A.A. 2017/2018** dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata"

- **SECONDO ANNO** - **QUARTO ANNO** - **QUINTO ANNO**

DICHIARO INFINE

- di essere a conoscenza che l'Università verificherà la veridicità di quanto da me dichiarato e che, in caso di dichiarazioni false o inesatte, ferme restando le responsabilità penali, non sarà consentita la correzione e decadrò automaticamente dal diritto all'iscrizione e dagli ulteriori eventuali benefici;
- di voler ricevere eventuali comunicazioni relative alla procedura all'indirizzo di posta elettronica personale dichiarato nelle presente domanda.

Roma, _____

(firma dello studente)

I dati, ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), saranno trattati unicamente per la gestione delle procedure amministrative nell'ambito dei fini istituzionali dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

Alla domanda devono essere allegati, **a pena di inammissibilità** :

a. "modulo B" – Gli studenti iscritti in Università estere devono allegare alla domanda, in sostituzione dell'autocertificazione, le certificazioni rilasciate dall'Ateneo di provenienza attestanti quanto richiesto all' art. 3 del Bando.

b. Ordinamento del corso di laurea frequentato;

c. Programma didattico dettagliato degli insegnamenti;

d. fotocopia semplice di un documento di identità in corso di validità.

La presente domanda dovrà essere CONSEGNA PERSONALMENTE presso la Segreteria Studenti AREA MEDICA - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Via Montpellier, 1 - 00133 Roma entro e non oltre il 11 Dicembre 2017

Si dichiara che il/la Sig./sig.ra _____ ha consegnato

la richiesta del nulla-osta al trasferimento per il corso di laurea Magistrale a ciclo unico in **Medicina e**

Chirurgia in Lingua Inglese a.a. 2017/2018.

Data, _____

La Segreteria Studenti
Timbro