

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL TRASFERIMENTO AD ANNI SUCCESSIVI AL PRIMO
DEL CORSO DI LAUREA IN FARMACIA**

ANNO ACCADEMICO 2018/2019

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

TEL. _____ C.F. _____

CHIEDE DI PARTECIPARE, PRESSO CODESTA UNIVERSITA' ALLA SELEZIONE PER L'AMMISSIONE AL
TRASFERIMENTO AL SEGUENTE ANNO: _____ DEL CORSO DI LAUREA IN FARMACIA.

IL SOTTOSCRITTO ALLEGA ALLA PRESENTE FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO,
AUTOCERTIFICAZIONE DEGLI STUDI COMPIUTI CON INDICAZIONE DEGLI ESAMI SOSTENUTI E CREDITI
ACQUISITI.

Luogo _____ Data _____

Firma

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL TRASFERIMENTO AD ANNI
SUCCESSIVI AL PRIMO DEL CORSO DI LAUREA IN FARMACIA –
ANNO ACCADEMICO 2018/2019**

Ricevuta dell'avvenuta presentazione della domanda del/della Sig./Sig.a

(Cognome, Nome, luogo e data di nascita)