

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

ANNO ACCADEMICO 2019/2020

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 2019/2020

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

(Cognome, Nome, luogo e data di nascita)