

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

ANNO ACCADEMICO 2020/2021

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
