



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

## Servizio Sanità e Didattica Medica

Via Forlanini, 8 – 27100 Pavia

### DOMANDA DI TRASFERIMENTO IN ARRIVO DA ALTRA UNIVERSITA'

Al Servizio Sanità e Didattica Medica  
dell'Università degli Studi di Pavia

Marca da bollo  
€16,00

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ iscritta/o per l'anno accademico \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno della Scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ (immatricolata/o al primo anno in data \_\_\_\_\_ per l'anno accademico \_\_\_\_\_) dichiara di aver superato l'esame di profitto previsto per l'anno in corso in data \_\_\_\_\_.

#### CHIEDE

di essere ammessa/o a proseguire gli studi presso la Scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_ dell'Università degli Studi di Pavia per l'anno accademico \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno di corso e la convalida degli esami sostenuti e/o le frequenze dei corsi.

#### Dichiara:

- di usufruire di un contratto ministeriale
- di aver/di non aver effettuato periodi di sospensione della formazione e/o periodi di formazione all'estero
- \_\_\_\_\_
- di essere a conoscenza che la domanda di trasferimento in arrivo da altra Università può essere presentata soltanto per gli anni di corso successivi al primo.

**Prende atto** che la domanda di trasferimento è condizionata al numero dei posti disponibili e alla delibera di accettazione del trasferimento da parte del Consiglio della Scuola di specializzazione dell'Università di Pavia.

**Si impegna**, nel caso di accettazione del trasferimento da parte del Consiglio della Scuola, a pagare le tasse ed i contributi d'iscrizione previsti dall'Università di Pavia al momento in cui perverranno i documenti relativi alla carriera scolastica dall'Università di provenienza.

**Chiede** infine che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ Indirizzo mail \_\_\_\_\_



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA  
*Servizio Sanità e Didattica Medica*  
Via Forlanini, 8 – 27100 Pavia

Allega:

- piano di studio
- copia libretto di formazione specialistica
- nulla osta dei Direttori delle Scuole interessate
- fotocopia documento d'identità

Pavia, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)