

Facoltà di Farmacia e Medicina/Facoltà di Medicina e Odontoiatria/Facoltà di Medicina e Psicologia

FORM PER IL PASSAGGIO DI CLMMC (A-B-C-D-E-S. ANDREA)

Anno Accademico 2016/2017

Il/La sottoscritt _____

Nat _____ il _____

Tel. cell _____ Email _____
(obbligatorio) (in stampatello)

Iscritto nell' A.A. 2015-2016 al _____ anno in corso ripetente fuori corso
(numero anno di corso)

matricola n. _____ si iscriverà nell'A.A. 2016-2017 al _____ anno di corso** _____
(in corso/ripetente/fuori corso)

** non per il primo anno di corso

CHIEDE IL PASSAGGIO*

* per gli studenti afferenti al CLMMC "E" e al CLMMC "S. Andrea" che intendono effettuare passaggio a CLMMC del Policlinico, le istanze si intendono verso il CLMMC che loro spetta per lettera dell'alfabeto (esempio: lo studente Mario Rossi che afferisce al corso "E" può fare istanza solo presso il CLMMC "D"). La scelta di un altro CLMMC è possibile ma corrisponde a doppia richiesta di passaggio e pertanto può essere richiesta solo da studenti che non abbiano mai effettuato passaggio a tali fini. (come già in uso e deliberato da Commissione Interfacoltà CLMMC del 2 maggio 2016).

dal CLMMC _____ al CLMMC _____

media aritmetica degli esami ____ / ____

obbligatorio **allegare alla presente istanza:**

- copia valido documento di riconoscimento
- estratto infostud esami sostenuti (ricevuta di prenotazione con voto e firma del Presidente di Commissione se non risultante dall'estratto)

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni false e incomplete che quanto sopra corrisponde a verità.

Roma, ____/____/____

Firma _____