



**UNIVERSITÀ
di VERONA**

TRASF_MM4

ALLEGATO 1

**Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Verona**

Modulo per la presentazione della domanda di valutazione ai fini dell'ammissione ad anni successivi al primo del
Corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie
Anno accademico 2019/20
da presentare entro il 31 luglio 2019 - ore 13.00

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____
Residente a _____ CAP _____ Via _____ n° _____
Proveniente dall'Università degli Studi di _____
Immatricolato nell'anno accademico _____ al Corso di laurea magistrale in _____ e
attualmente Iscritto al _____ anno di corso del Corso di Laurea in _____
sede di _____

CHIEDE

il trasferimento - passaggio presso l'Università degli Studi di Verona, Corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie sede di Verona per i seguenti motivi:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Collegio didattico del corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie

P.le L.A. Scuro, 10 – 37134 Verona - I T: +39 045 8027241

didatticaprofessionisanitarie@ateneo.univr.it

P. IVA 01541040232 | C.F. 93009870234



UNIVERSITÀ
di **VERONA**

Luogo e data _____

Firma _____

cellulare n° _____

e-mail _____



UNIVERSITÀ
di **VERONA**

DICHIARA ALTRESI':

di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata e che il trattamento è disciplinato dal decreto Legislativo 30.06.2003, n 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 29 luglio 2003, Serie generale n. 174, Supplemento ordinario n. 123/L.

In fede _____

Luogo e Data _____