**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 2019/2020**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*obbligatorio*) (*in stampatello*)

Iscritto nell’ A.A. 2018-2019 al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno in corso ripetente fuori corso

 *(numero anno di corso)*

matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_si iscriverà nell’A.A. 2019-2020 al \_\_\_\_\_\_\_ anno di corso**\*\***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(in corso/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, consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni false e incomplete, che quanto sopra corrisponde a verità.

**Roma**, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_