Alla Segreteria Didattica
del Corso di Laurea in
Infermieristica

Richiesta Cambio Sede

anni successivi al primo

N° Matricola

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome e Nome |_____|

Nato/a il |_|_|/ |_|_| /|_|_|_|_| a |_____| provincia |_|_|

Cittadinanza |_____| Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente in via/piazza |_____| n°|__| provincia |_|_|

Domiciliato in via/piazza |_____| n°|__| provincia |_|_|

Telefono |_____| Email |_____|

DICHIARA

Di essere iscritto per **l'A.A. 2025/2026** all'anno|_____| (specificare 1°, 2° o 3° e se fuori corso o ripetenti)

del corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Firenze presso la sede di |_____|

CHIEDE

Di essere trasferito dalla sede sopra citata alla sede di |_____|

Seconda sede (indicazione facoltativa) |_____|

Motivazioni: _____

Il richiedente dichiara inoltre:

1. Di essere a conoscenza delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 76 del D.P.R. 445/2000.
2. Di autorizzare il trattamento dei dati personali presenti nel presente modulo ai sensi all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003.
3. **Di non aver mai effettuato un altro cambio di sede alla data del presente modulo**.

Si Allega, pena la mancata valutazione della richiesta:

1. Lista degli esami sostenuti, con data e voto, scaricato dai ServiziOnLine
2. Fotocopia di un documento valido di identità

Firenze lì

Firma

_____