

Richiesta Cambio Sede anni successivi al primo

Alla Segreteria Didattica
del Corso di Laurea in
Infermieristica

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. 2026/2027** 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
