



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

SEGRETERIA STUDENTI

FACOLTÀ DI BIOLOGIA E FARMACIA / FACOLTÀ DI SCIENZE

DOMANDA DI TRASFERIMENTO AD ALTRA UNIVERSITÀ

Marca da bollo
da Euro16

Matricola n. _____

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

Io sottoscritt _____ nat _____
a _____, prov. _____ il _____,
iscritt _____ per il corrente anno accademico al _____ anno del corso di laurea in _____

CHIEDE

di essere trasferit _____ all'Università degli studi di _____,
Facoltà di _____, corso di laurea in _____.

Allegati: libretto/badge universitario.

Cagliari, _____

Firma

N.B. – Dal momento della presentazione della domanda di trasferimento, non si potranno più sostenere esami.

RECAPITI:

Indirizzo E-mail _____

Via / Piazza _____

Telefono _____

Località _____

Telef. Cellulare _____

Cap _____

Elenco degli esami, idoneità, tirocini e altre attività formative sostenuti:

N.	Insegnamento	Voto	Crediti	Data
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				

Cagliari, _____

Firma
