

**RICHIESTA VERIFICA DISPONIBILITÀ POSTI DA COPRIRE MEDIANTE TRASFERIMENTO DA UNA
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DI ALTRO ATENEIO**

Ufficio Scuole di Specializzazione
di area medica

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

il _____ residente in via _____

n° _____ C.A.P. _____ e-mail _____ cellulare _____

iscritto/a per l'anno accademico _____ al _____ anno di corso della Scuola di Specializzazione

in _____ presso l'Università di _____

Preso atto che il trasferimento è condizionato preliminarmente al numero dei posti disponibili e, in caso positivo, alla valutazione della carriera pregressa e all'accettazione del trasferimento da parte del Consiglio della Scuola di codesta Università, previo nulla osta rilasciato dalla Scuola a cui attualmente il/la sottoscritto/a risulta/a iscritto/a

CHIEDE

la disponibilità del posto per il _____ anno di corso, a.a. _____ della Scuola di specializzazione
In _____

A tal fine:

- Dichiaro di usufruire di un contratto (tipologia) _____;
- dichiara di aver sospeso la formazione specialistica dal _____ al _____;
- dichiara di non aver sospeso la formazione specialistica;
- dichiara di aver effettuato periodi di formazione fuori rete formativa dal _____ al _____;
- dichiara di non aver effettuato periodi di formazione fuori rete formativa;

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo :

Via _____ n. _____ C.A.P. _____ Città _____

Prov. _____ Tel. _____ email _____

Si impegna, infine, nel caso di accettazione del trasferimento da parte del Consiglio della Scuola, a pagare la prima rata del contributo onnicomprensivo previsto da codesta Università e a prendere servizio alla data di decorrenza del contratto per quell'anno accademico d'iscrizione.

Data

Firma