

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 2018/2019**

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

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

Tel. cell \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
(obbligatorio) (in stampatello)

Iscritto nell' A.A. 2017-2018 al \_\_\_\_\_ anno  in corso  ripetente  fuori corso  
(numero anno di corso)

matricola n. \_\_\_\_\_ si iscriverà nell' A.A. 2018-2019 al \_\_\_\_\_ anno di corso\*\* \_\_\_\_\_  
(in corso/ripetente/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 e consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni false e incomplete che quanto sopra corrisponde a verità.

Roma, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_