



Modulo di presentazione domanda di cambio sede al primo anno Corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia / Odontoiatria e Protesi Dentaria – a.a. 2025/2026

DATI ANAGRAFICI

Cognome: _____

Nome: _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Codice fiscale: _____

Email: _____

Telefono: _____

Ateneo di provenienza: _____

Corso di laurea di provenienza: _____

Punteggio graduatoria nazionale: _____

ISEE 2026 per il diritto allo studio (in mancanza di dichiarazione sarà applicato il valore massimo): _____

SEDE RICHIESTA PER IL CAMBIO SEDE

(E' possibile concorrere per una sola sede)

☐ Medicina e Chirurgia (Corsi di laurea A, B, C e D) – Roma, Azienda Policlinico Umberto I

☐ Corso di laurea E – Polo Pontino (Latina)

☐ Medicina e Chirurgia – Roma, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea

☐ Medicina e Chirurgia – Polo di Rieti

☐ Medicina e Chirurgia High Technology (Roma – Azienda Policlinico Umberto I)

☐ Odontoiatria e Protesi Dentaria (Roma – Azienda Policlinico Umberto I)

Università degli studi di Roma "La Sapienza"

Area Servizi agli Studenti

Ufficio Segreterie Discipline medico-farmaceutiche e psicologiche

Settore segreteria studenti di Medicina e Odontoiatria

CF 80209930587 PI 02133771002

P.le Aldo Moro,5 - 00185 Roma

www.uniroma1.it

GRAVI MOTIVI (art. 3 bando)

(Selezionare una sola condizione secondo priorità decrescente)

- ☐ Studente con disabilità con handicap grave (art. 3, comma 3, L. 104/1992)
- ☐ Studente con invalidità civile $\geq 66\%$ riconosciuta dall'INPS
- ☐ Studente con disabilità con handicap (art. 3, comma 1, L. 104/1992)
- ☐ Studente con riconoscimento dello status di caregiver (Legge Regione Lazio n. 5/2024) – indicare indirizzo di residenza della persona assistita:

-
- ☐ Studente in comprovate situazioni personali di grave pericolo

(Selezionando più condizioni, sarà considerata solo quella di priorità maggiore.)

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Certificazione sanitaria rilasciata dall'INPS
- ☐ Certificazione dello status di Caregiver rilasciata dalla Regione Lazio
- ☐ Documentazione ufficiale atta a dimostrare l'attuale situazione di pericolo
- ☐ Copia documento di identità valido

Il/La sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- Di avere letto e compreso l'avviso di cambio sede al primo anno dei Corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria, a.a. 2025/2026;
- Di presentare domanda per una sola sede tra quelle indicate;
- Di accettare che eventuali controlli sulla veridicità dei dati forniti potranno comportare esclusione dalla procedura e segnalazione alle autorità competenti;
- Di essere informato/a ai sensi del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla presente procedura;
- Che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo corrispondono al vero;
- Che i documenti allegati attestano i gravi motivi dichiarati.

Luogo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Firma del candidato: _____