

**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