



Marca da bollo €. 16,00

MATRICOLA:

--	--	--	--	--	--

## RICHIESTA DI TRASFERIMENTO

**Al Magnifico Rettore dell'Università degli studi di Ferrara**  
**Al Direttore della Scuola di Specializzazione**

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
iscritto/a presso questo Ateneo per l'anno accademico \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ anno di corso  
della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

**chiede**

il rilascio del “Nulla Osta” al trasferimento dalla Scuola di Specializzazione attualmente frequentata presso questo Ateneo al fine di potersi trasferire presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ alla medesima Scuola di Specializzazione dal \_\_\_\_\_.

A tal fine allega alla presente:

- “Nulla Osta” rilasciato dall'Ateneo di destinazione
- documentazione relativa alla motivazione della richiesta, come previsto dall'art. 15 comma 5 del vigente Regolamento delle Scuole di specializzazione sanitarie.

Il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare immediatamente dopo il superamento dell'esame di profitto dell'anno:

- LIBRETTO D'ISCRIZIONE
- RICEVUTA DI PAGAMENTO RELATIVA AL CONTRIBUTO DI TRASFERIMENTO
- LIBRETTO ATTIVITA FORMATIVE

Ferrara li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL RICHIEDENTE)

VISTO: NULLA OSTA  
IL RETTORE