

**Al Direttore del DiSTeBA
Università del Salento
73100 LECCE**

Il/la sottoscritto/a, nato/a a,
il C.F....., residente a via n.
....., tel. cell:, indirizzo e-mail:.....

CHIEDE

di essere ammesso/a per l'A.A: 2022/2023 all'iscrizione al secondo anno del Corso di Laurea a ciclo unico in Medicina e Chirurgia (classe LM-41) di codesto Dipartimento,

per:

trasferimento da altro Ateneo.

passaggio di corso.

riconoscimento di CFU.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda certificazione/autocertificazione, resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, attestante il proprio curriculum universitario, programmi degli esami sostenuti, copia di un documento di identità in corso di validità.

Lecce,

Firma
