



# UNIVERSITÀ DI PAVIA

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

Corso di Laurea in Infermieristica

RICHIESTA DI CAMBIO SEDE ANNI SUCCESSIVI AL PRIMO

IL SOTTOSCRITTO

---

NATO/A

PROV.

IL

---

RESIDENTE A

PROV.

---

E-MAIL

CELLULARE

---

ISCRITTO NELL'A.A. 20\_\_/20\_\_ AL \_\_\_\_\_ ANNO DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

PRESSO LA SEDE DI \_\_\_\_\_.

CHIEDE

PER L'A.A. \_\_\_\_\_ DI ESSERE AMMESSO AL  2 ANNO  3 ANNO PRESSO LA SEDE DI:

- PAVIA POLICLINICO
- PAVIA CITTA' DI PAVIA
- VIGEVANO

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_