



mod. LT030

**Al Polo Studenti Sede di Roma dell'Università
Cattolica del Sacro Cuore**

Domanda di passaggio di Sede

UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Il/La sottoscritto/a

Matricola _____ Cognome e nome _____

nato a _____ Prov _____ Il ____ / ____ / ____
Comune di nascita

Residente in _____ Via _____ CAP _____

Cell _____ E-mail _____

Iscritto alla Facoltà di Medicina e Chirurgia al corso di laurea in:

_____ presso la Sede: _____

Chiede

il passaggio al medesimo corso di laurea presso la sede: _____

Il sottoscritto dichiara che l'esame di TIROCINIO PROFESSIONALE dell'anno attualmente in corso sarà regolarmente sostenuto e verbalizzato entro e non oltre il mese di ottobre pena la decadenza della richiesta stessa.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere a conoscenza di quanto segue:

- La graduatoria interna sarà redatta, in accordo con tutti gli altri vincoli citati, in base alla data di ricezione della richiesta da parte degli uffici del Polo Studenti.
- La richiesta di cambio sede vincola lo studente a concorrere per un determinato anno di coorte accademica, non sarà pertanto possibile richiedere la ripetenza in caso di esito positivo di cambio sede.
- Le richieste di cambio sede dovranno essere recepite dal 30 gennaio al 15 giugno.
- L'esito delle richieste di cambio sede saranno comunicate a partire dal 10 settembre.
- L'esito delle richieste di cambio sede è subordinato all'effettiva sussistenza di posti disponibili per l'anno di corso richiesto.
- Gli esami a scelta non verbalizzati entro ottobre non potranno essere verbalizzati successivamente. Dovranno quindi essere frequentati nuovi esami a scelta tra quelli disponibili nella nuova Sede.

Le domande possono essere presentate a partire dal **30 gennaio del corrente anno**

Data, _____

Firma _____

La richiesta dovrà essere inoltrata tramite il canale RICHIESTA INFORMAZIONI dall'area personale Icat entro e non oltre il 15 giugno del corrente anno.