

CAMBIO SEDE IMMATRICOLATI AL 1° ANNO DELLE PROFESSIONI SANITARIE Anno accademico 2023/24

Alla Rettrice dell'Università degli Studi di Padova

Matricola n. _____

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il giorno _____

e-mail _____

tel./cell. _____

immatricolato per l'.a.a. 2023/24 al seguente corso di laurea delle professioni sanitarie:

- Assistenza sanitaria
- Fisioterapia
- Infermieristica
- Ostetricia
- Tecniche audioprotesiche
- Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
- Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia

Sede: _____

Chiede

di proseguire gli studi nello stesso corso, presso la sede di: _____

Dichiara

- ✓ di aver **ottenuto l'ammissione** nella graduatoria del primo anno per la sede per la quale sta presentando la richiesta, come indicato nel relativo avviso di ammissione: www.unipd.it/avvisi-ammissione-corsi;
- ✓ di aver letto le istruzioni a pagina www.unipd.it/cambi-corso-ordinamento per procedere con la pratica di **cambio sede al primo anno per le professioni sanitarie** presso l'Università di Padova;

(Luogo)

(data)

(stampare il modulo e firmare\ a mano)