



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA  
SCUOLA DI SCIENZE MEDICHE E FARMACEUTICHE

Al Coordinatore del Corso di Laurea in \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

iscritt \_\_\_\_\_ nell'a.a. 20\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno del Corso di Laurea in:

- FISIOTERAPIA
- INFERMIERISTICA

presso la sede formativa di \_\_\_\_\_

CHIEDE

il trasferimento dall'a.a. 2019/20 alla sede formativa di \_\_\_\_\_

Genova, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_