

Prot. n. _____ del _____

| | | |
|-------------------------|--|--|
| matricola | | |
| cognome e nome | | |
| luogo e data di nascita | | |
| telefono, cellulare | | |
| e-mail | | |

iscritto al corso di laurea in Infermieristica sede di _____

CHIEDE

il cambio con la sede di _____

DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

1. la presente domanda deve essere inviata **entro il 26 ottobre 2022** all'indirizzo e-mail concorsinumerochiuso@unipi.it allegando copia di un documento di identità;
2. gli studenti immatricolati che sono stati assegnati alla sezione formativa che hanno indicato come prima scelta in fase di iscrizione al concorso non potranno presentare la richiesta;
3. le domande saranno accolte d'ufficio nel caso in cui vi sia una corrispondenza biunivoca tra le relative sezioni formative, seguendo l'ordine di graduatoria e fino ad esaurimento dei posti.
4. gli esiti saranno pubblicati entro il 28 ottobre 2022 su <https://matricolandosi.unipi.it/immatricolazioni/infermieristica/>

*luogo e data*_____
firma dello studente