

AL MAGNIFICO RETTORE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_  
NATO/A IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  
E RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_  
CELL. \_\_\_\_\_ ISCRITTO/A AL \_\_\_\_\_ DELLA SCUOLA DI  
SPECIALIZZAZIONE IN \_\_\_\_\_  
PER L'A.A. \_\_\_\_/\_\_\_\_,

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO DELLA PROPRIA CARRIERA SCOLASTICA PRESSO LA STESSA  
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI

PER IL \_\_\_\_ ANNO DI CORSO PER L'A.A. \_\_\_\_\_ PER LA SEGUENTE  
MOTIVAZIONE. \_\_\_\_\_

BARI, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IN FEDE

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

1. nulla-osta dell'Università ove ci si intende trasferire
2. nulla-osta del Consiglio della Scuola di Specializzazione di questa Università
3. fotocopia documento d'identità
4. libretto-tessera
5. ricevuta versamento di € 67,60 effettuato su c/c 8706 intestato a Università degli studi di Bari, causale taxa trasferimento
6. saldo tasse anno precedente

AREA SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE  
DELL'AREA SANITARIA  
MEDICO-CHIRURGICA E VETERINARIA

Palazzo Ateneo, P.zza Umberto I 70121 Bari (Italy)  
Tel. (+39) 080 5714171 – 0805714179 – 0805714170  
fax (+39) 080 5714802

n.longo@area-formazionepostlaurea.uniba.it  
r.chimienti@area-formazionepostlaurea.uniba.it  
c.sinibaldi@area-formazionepostlaurea.uniba.it  
m.losito@area-formazionepostlaurea.uniba.it

[www.uniba.it](http://www.uniba.it)  
c.f. 80002170720 – p. iva 010867760723