



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. 20 / alla sede formativa di _____

Genova, _____

Firma _____