AMMISSIONE AGLI ANNI SUCCESSIVI AL PRIMO
LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA [LM-46]

MODULO CONFERMA POSTO A.A. 2019/2020

AL MAGNIFICO RETTORE
dell'Università degli Studi di Firenze
didattica@unifi.it

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- cognome e nome |_____|

sesso [M] [F] nato/a il |__|__| |__|__| |__|__|__|__| a|_____|

prov. |__|__| nazione di nascita |_____| cittadinanza |_____|

- residente in via/piazza |_____| n. |_____|

frazione/località |_____|

comune |_____| prov. |__|__| C.A.P. |__|__|__|__|__|

tel./cell |_____| e-mail |_____|

in merito alla procedura di ammissione agli anni successivi al primo di cui al Bando emanato con D.R. n. 10(4025) del 10 gennaio 2020

MANIFESTA LA VOLONTA' DI CONFERMARE IL POSTO ASSEGNATO
e pertanto,

ai fini dell'ammissione, per l'A.A. 2019/2020, al II° anno del corso di laurea magistrale a ciclo unico in **Odontoiatria e Protesi dentaria [LM-46]**

CHIEDE

di proseguire gli studi mediante:

☐ **trasferimento**, in quanto iscritto all'Università ☐ estera ☐ italiana |_____|
corso di laurea in |_____|

☐ **passaggio** in quanto iscritto al corso |_____|
dell'Ateneo fiorentino

☐ **abbreviazione di carriera**, in quanto laureato all'Università ☐ estera ☐ italiana |_____|
|_____|

☐ **reimmatricolazione**, in quanto ☐ decaduto dagli studi ☐ rinunciatario all'Università di |_____|
|_____|

_____ _____
(data) *(firma)*

I DATI RICHIESTI DALL'UNIVERSITA' SONO RACCOLTI IN CONFORMITA' AL REGOLAMENTO (UE) N.2016/679