



**DOMANDA DI TRASFERIMENTO DA ALTRA UNIVERSITA'**

Al Magnifico Rettore  
Alma Mater Studiorum - Università di Bologna  
Ufficio Scuole di Specializzazione  
Polo Didattico Murri – Policlinico Sant'Orsola-Malpighi  
Via Massarenti, 9 - 40138 BOLOGNA  
Recapito postale: Via Zamboni, 33 - 40126 BOLOGNA

marca  
da  
bollo  
(16 euro)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ iscritto/a per l'anno accademico \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno della  
Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_ di  
 nuovo ordinamento (DI 68 del 2015)  vecchio ordinamento (Dm 1 agosto 2005)  
presso l'Università di \_\_\_\_\_, a.a. immatricolazione  
\_\_\_\_\_, data di decorrenza del contratto \_\_\_\_\_, tipologia del  
contratto (Miur, Regione, finanziamento privato, posto riservato) \_\_\_\_\_

**chiede**

di essere ammessa/o a proseguire gli studi presso la stessa Scuola di Specializzazione dell'Alma Mater Studiorum Università di Bologna per l'anno accademico \_\_\_\_\_ e che gli siano riconosciuti i crediti acquisiti nei precedenti studi universitari presso la Scuola di Specializzazione.

**Prende atto che**

- il trasferimento è subordinato al numero dei posti disponibili presso la Scuola di Specializzazione dell'Università di Bologna ed al nulla osta da parte sia della Scuola di Specializzazione di Bologna, sia della Scuola di Specializzazione e dell'Università di attuale iscrizione;
- il trasferimento è condizionato al superamento dell'esame dell'anno in corso;
- per il perfezionamento del trasferimento è richiesto il pagamento dei diritti di congedo in arrivo e delle tasse e contributi d'iscrizione previsti dall'Università di Bologna;
- in caso di contratto finanziato dalla Regione o da altro soggetto, il trasferimento è condizionato al nulla osta del finanziatore.

Allega:

- 1. copia del piano di studio/piano formativo;**
- 2. autocertificazione degli esami sostenuti;**
- 3. fotocopia del documento d'identità.**

Chiede infine che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo:

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

firma\*

\_\_\_\_\_

\*La firma deve essere apposta allo sportello davanti all'impiegato ricevente (nel caso di spedizione a mezzo posta allegare fotocopia del documento di identità del firmatario), art.3 comma 11 Legge n.127 del 15/5/1997 (come notificato nell'art. 2 comma 10 e 11 Legge 16/6/1998 n.191).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETA'  
(art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci,  
di formazione o uso di atti falsi (articolo 76, DPR n. 445/2000)

DICHIARA SOTTO LA SUA RESPONSABILITA'

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

firma\*

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 13 d.lgs. 196/03, si informa che il titolare del trattamento dei dati forniti è l'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, con sede in via Zamboni 33, 40126, Bologna.

I dati sono acquisiti e trattati esclusivamente per l'espletamento delle finalità istituzionali d'Ateneo; l'eventuale rifiuto di fornire i propri dati personali potrebbe comportare il mancato espletamento degli adempimenti necessari e delle procedure amministrative di gestione delle carriere degli studenti.

A tutti gli interessati sono comunque riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 d.lgs. 196/03

\*La firma deve essere apposta allo sportello davanti all'impiegato ricevente (nel caso di spedizione a mezzo posta allegare fotocopia del documento di identità del firmatario), art.3 comma 11 Legge n.127 del 15/5/1997 (come notificato nell'art. 2 comma 10 e 11 Legge 16/6/1998 n.191).



AREA SANITÀ

*Da compilare a cura dell'Ufficio e restituire allo Specializzando*

**Ricevuta della domanda di trasferimento da altra Università**

Dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

Trasferimento dall'Università di \_\_\_\_\_

---

Il termine per la conclusione del procedimento di trasferimento è di 30 giorni a partire dalla data di acquisizione di tutti i nulla osta necessari per dare corso al trasferimento (nulla osta dell'Università e della Scuola di Specializzazione di attuale iscrizione e nulla osta dell'Università e della Scuola di Specializzazione dell'Università di Bologna). In caso di mancata conclusione del procedimento nei suddetti termini è possibile proporre ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale dell'Emilia Romagna, nei termini di legge.

Il responsabile del procedimento è il responsabile dell'ufficio dott.ssa Rossana Calella via Massarenti, 9 – Bologna tel. 051.2094681.

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/03, si informano gli studenti che Titolare del trattamento dei dati forniti è l'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, con sede in via Zamboni 33, 40126, Bologna.

I dati sono acquisiti e trattati esclusivamente per l'espletamento delle finalità istituzionali d'Ateneo; l'eventuale rifiuto di fornire i propri dati personali potrebbe comportare il mancato espletamento degli adempimenti necessari e delle procedure amministrative di gestione delle carriere degli studenti.

A tutti gli interessati sono comunque riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 D. lgs. n. 196/03.