

Spett. le Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino
Servizio Polo Universitario delle professioni sanitarie
Corso non universitario per Operatore Socio Sanitario
Segreteria di Trento: Via Briamasco, 2 - 38122 TRENTO
Segreteria di Rovereto: Via Lungo Leno destro, 27 - 38068 ROVERETO (TN)

Marca da bollo da
Euro 16,00

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DA SEDI ESTERNE – ALTRE REGIONI/PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO
(compilare modello in formato editabile o con calligrafia leggibile in stampatello)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a Prov. il

residente a Prov. CAP

Via Cell.

mail @

Iscritto presso altro ente gestore Provincia:

presso altre Regioni/Provincia Autonoma Bolzano:

al **ciclo** (specificare anno)

in posizione: regolare fuori corso

CHIEDE TRASFERIMENTO presso la sede di

Trento

Rovereto

Tione

Cles

Cavalese

CHIEDE, inoltre, il riconoscimento delle frequenze, del tirocinio e delle prove di valutazione dell'apprendimento sostenute e allega la documentazione relativa al percorso effettuato.

MOTIVAZIONE DELLA DOMANDA

Data

Firma _____

La domanda di trasferimento deve essere presentata entro 30 giorni dall'inizio delle attività formative del corso, presso il quale si chiede trasferimento.

L'esito della richiesta verrà inviato all'indirizzo email indicato nella stessa.

Allegato: Copia documento di identità in corso di validità