



A.D. MDLXII

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI

Divisione Studenti

## AL MAGNIFICO RETTORE

.....I..... sottoscritt.....  
cognome nome

nat..... a ..... prov. ....

il ..... / ..... / ..... e residente in ..... prov. ....  
GG. MM. AA.

via ..... n° ..... tel. ....

Cell..... E-mail .....

regolarmente iscritt ..... alla facoltà di .....

corso di  laurea in ..... anno di corso .....  
 diploma

**Matricola n.** .....

### CHIEDE

a norma del Regolamento Didattico di Ateneo di effettuare il passaggio per l'anno accademico

..... / ..... al corso di laurea in .....

Facoltà di .....

Ai sensi del D.L. del 29/07/2003, n. 196 in materia di protezione dei dati personali, entrato in vigore dal 1° gennaio 2004 esprime:

SI al consenso del trattamento dei dati personali.  NO al consenso.

Sassari, li .....  
firma dello studente

**DOMANDA DI PASSAGGIO DI CORSO DI STUDI**

