

**Alla Segreteria Studenti di Area medica e
della formazione dell'Università degli Studi
di Udine**

Direzione Didattica e Servizi agli Studenti

segreteria.medicina@uniud.it

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ provincia (____) e
residente a _____ provincia (____) CAP _____
in via _____ n. _____
tel./cell. _____ email: _____
attualmente regolarmente iscritto/a per l'a.a. ____/____
presso l'Università degli Studi di _____
al corso di ☐ laurea / ☐ laurea magistrale in _____

**essendo stato ammesso/a all'immatricolazione in seguito alla pubblicazione della graduatoria di
ammissione al corso di laurea _____
presso l'Università degli studi di Udine per l'a.a.2025/26,**

CHIEDE

**Il rilascio del nullaosta al ☐ passaggio al corso di laurea in _____ presso l'Università
degli Studi di Udine.**

Dichiara a tal fine di conoscere le relative norme e termini indicati nel Manifesto degli studi delle Professioni
sanitarie per l'a.a.2025/26.

Allega copia fronte/retro del documento di identità.

Udine, _____

Firma _____