



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA – SEGRETERIA STUDENTI

## DOMANDA DI RICOGNIZIONE

Marca da bollo da  
**€ 16,00**

(verificare l'importo in vigore al momento della consegna)

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Cagliari

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

iscritt\_\_ al \_\_\_\_\_ anno del Corso di Laurea/Laurea Specialistica/Laurea Magistrale in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ per l'A.A. 20\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

### DICHIARA

- di non avere preso iscrizione negli Anni Accademici<sup>(1)</sup>:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

- di essere a conoscenza che **NON è consentito**, per gli anni accademici per i quali è richiesta la ricognizione della qualità di studente, alcun atto di carriera, ivi compreso **il sostenimento di esami di profitto**.

### CHIEDE

il ricongiungimento della propria carriera e l'iscrizione per il corrente A.A. 20\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_<sup>(2)</sup>

Con osservanza

Cagliari, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma)

<sup>(1)</sup> Lo studente che chiede il ricongiungimento della carriera è tenuto ad effettuare il pagamento della tassa di ricognizione di € 175,95, maggiorata dell'incremento fuori corso se dovuto, per ciascuno degli anni accademici di mancata iscrizione.

<sup>(2)</sup> Lo studente deve pagare la prima rata di iscrizione dell'a.a. in corso.