



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE

Corso di Laurea in Infermieristica
Corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche

Il Presidente- *Prof. Roberto Maria Antonio Di Marco*

RICHIESTA CAMBIO CONTESTUALE ASSEGNAZIONE SEDE TIROCINIO

Il/ La sottoscritto/a _____ (matricola _____) iscritta al ___anno del Cdl infermieristica, assegnata d'ufficio alla sede di _____, e il /la sottoscritto/a _____ (matricola _____) iscritta al ___anno del Cdl infermieristica, assegnata d'ufficio alla sede di _____,

CHIEDONO

in **PIENO ACCORDO, CAMBIO** assegnazione sede tirocinio, attività infermieristica e di laboratorio

Studente	Matricola	Assegnazione di origine	ASSEGNAZIONE FINALE DOPO CAMBIO CONTESTUALE

Firma di entrambi gli studenti

DATA _____

