



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Al Direttore del Dipartimento di Medicina Traslationale
Università del Piemonte Orientale
(inviare all'indirizzo scuola.med@uniupo.it)

Domanda di ammissione al “Percorso di Eccellenza” – a.a. 2025/2026

Il/la sottoscritto/a _____ matricola _____

ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

- di aver preso visione del bando e dei requisiti di partecipazione necessari per l'accesso al Percorso di Eccellenza del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia per l'a.a. 2025/2026.
- di essere regolarmente iscritto nell'a.a. 2025/2026 al ____ anno di corso del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia.
- di aver conseguito alla data del 30/09/2025 un numero di CFU pari a ____;
- di aver conseguito una media d'esame pari a ____.

CHIEDE

di essere ammessa/o al Percorso di Eccellenza del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia dell'Università del Piemonte Orientale per l'a.a. 2025/2026.

Novara, lì _____

Firma
