



Servizio Medicina  
e post laurea

UOC Scuole di specializzazione  
area sanitaria

## **INDICAZIONI OPERATIVE RELATIVE AL CAMBIO DI TIPOLOGIA DI SCUOLA - SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA – A.A. 2025/2026**

### **CAMBIO TIPOLOGIA DI SCUOLA**

Coloro i quali intendano cambiare tipologia di scuola all'interno dell'Università di Pavia devono:

1. Inviare all'indirizzo di sportello [sportellospecialita@unipv.it](mailto:sportellospecialita@unipv.it) la seguente documentazione:
  - scansione del modulo allegato, debitamente compilato e firmato
  - scansione di documento d'identità in corso di validità
2. In seguito alla ricezione dell'istanza, la UOC Scuole di Specializzazione di Area sanitaria provvederà all'emissione di una fattura per il pagamento dell'imposta di bollo dell'istanza e ne darà comunicazione allo specializzando (all'indirizzo mail personale di Ateneo) che provvederà ad accedere alla sezione Pagamenti della sua Area Riservata, selezionare la fattura da pagare e scegliere la modalità PagoPA per effettuare il pagamento. Al link <https://portale.unipv.it/it/didattica/corsi-di-laurea/contribuzione-universitaria/come-effettuare-i-pagamenti> sono disponibili le istruzioni per procedere al pagamento tramite PagoPA.
3. Procedere all'iscrizione al concorso della nuova Scuola presso la quale ci si vuole immatricolare, come da punto 2 delle istruzioni pubblicate al link <https://portale.unipv.it/it/didattica/post-laurea/scuole-di-specializzazione/scuole-di-specializzazione-di-area-sanitaria/scuole-di-specializzazione-laureati-medici/bandi-di-ammissione-alle-scuole-e-scorrimenti>



Servizio Medicina  
e post laurea

UOC Scuole di specializzazione  
area sanitaria

Imposta di bollo  
assolta in modo  
virtuale ai sensi  
dell'autorizzazio-  
ne AdE n.1 del  
22/11/2001

AL MAGNIFICO RETTORE  
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

### PASSAGGIO AD ALTRA TIPOLOGIA DI SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

IL SOTTOSCRITTO

Matricola n. | | | | | | |

Codice fiscale .....

|                   |                            |
|-------------------|----------------------------|
| Cognome .....     | Nome .....                 |
| Nato/a a .....    | Prov.....il / /            |
| Residente a ..... | Prov. ....Cap .....        |
| Via/Piazza .....  | N. ....Tel. ....Cell. .... |

immatricolato per l'A.A. 2025/2026 al I anno della Scuola di specializzazione in

### CHIEDE

di essere ammesso per l'A.A. 2025/2026 al I anno della Scuola di specializzazione in

come previsto dal Decreto 77 del 21/05/2026 (bando di concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione di area medica).

Data

Firma olografa

Allegato: fotocopia documento d'identità in corso di validità