



RICHIESTA APPROVAZIONE/MODIFICA ESAMI A SCELTA

Al Consiglio del Corso di Studio in _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ c.a.p. _____

in via _____ n. _____

e-mail _____ telefono _____

matricola n. _____ iscritto/a per l'A.A. 20____/20____ al _____ anno in corso fuori corso

del Corso di Laurea/Laurea Magistrale in _____

CHIEDE

(selezionare le voci di interesse. La richiesta verrà gestita compatibilmente con quanto previsto in materia dal Regolamento Didattico del Corso di Studio e dal Regolamento Didattico di Ateneo)

di sostenere i seguenti esami a scelta – TAF D:

DENOMINAZIONE ESAME	CFU	SSD	TAF	CORSO DI EROGAZIONE

la rimozione dal piano di studio dei seguenti esami a scelta – TAF D:

DENOMINAZIONE ESAME	CFU	SSD	TAF

per le seguenti motivazioni:

☑ dichiara di aver preso visione dell'informativa di Ateneo sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento EU 679/2016 (GDPR) reperibile al link <https://www.unich.it/privacy> (obbligatorio)

Luogo e data _____ Firma _____