

SEGRETERIA STUDENTI DI MEDICINA E SCIENZE MOTORIE

RICHIESTA RICONOSCIMENTO CREDITI

Marco
da bollo

€ 16.00

Il/la sottocritt _____ matr. _____
nato/a _____ il _____
residente _____ CAP _____
via _____ n. _____
tel. _____ cell _____
iscritto/a, per l'a.a. _____, al _____ anno del:

- Corso di Laurea in SCIENZE MOTORIE
- Corso di Laurea in SCIENZE DELLE ATTIVITA' MOTORIE E SPORTIVE

CHIEDE

il riconoscimento dei CFU nell'ambito di:

- attività curriculari (insegnamenti previsti dal piano di studi)
- materie a scelta dello studente: 1° anno 2° anno 3° anno
- tirocini: 1° anno 2° anno 3° anno

per i titoli acquisiti (Laurea, Master, Corso di Perfezionamento, Corso di Aggiornamento, Corso con patrocinio universitario) o le attività professionali (lavoro autonomo o dipendente) di seguito riportati e di cui si allega la relativa documentazione (certificati e/o attestati, con indicazione del numero delle ore svolte).

1.
2.
3.
4.

DICHIARA

- di essere a conoscenza della disposizione contenuta nella Guida al Sistema Contributivo, relativa all'impossibilità di esonero parziale dalle tasse e contributi "*nel caso di studenti che ottengono riconoscimento parziale del percorso formativo richiesto sulla base di valutazione della carriera pregressa ovvero per formazione personale*";
- di essere a conoscenza delle sanzioni penali in cui incorre in caso di dichiarazione mendace come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

Luogo e data _____

Firma _____