

MODELLO D – MODELLO RISERVATO AI CANDIDATI CON CARRIERA PREGRESSA PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI "G. d'ANNUNZIO" DI CHIETI – PESCARA CHE INTENDONO:

- **ISCRIVERSI AL PERCORSO FORMATIVO PER L'ACQUISIZIONE DEI 24 CFU IN ATENEI DIVERSI DALL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO" DI CHIETI-PESCARA**
- **OTTENERE DALL'Ud'A L'ATTESTAZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE IN SEDE DA PRESENTARSI AD ALTRA UNIVERSITÀ PER IL RILASCIO DELLE DICHIARAZIONI DI CUI ALL'ART. 3, COMMA 7 DEL D.M. 616/2017**

Marca da bollo da € 16,00 se non versata virtualmente

**AL MAGNIFICO RETTORE
UNIVERSITA' DEGLI STUDI
"G. d'Annunzio" Chieti-Pescara**

Il/la sottoscritto/ a _____

cognome

nome

nato/a a _____ Provincia _____ (_____)

nazione _____ il _____.

residente in _____ (_____) C.A.P. _____

Via _____ n. _____

numero cellulare _____

e-mail (obbligatoria) _____

CODICE FISCALE

avendo conseguito i seguenti titoli di studio e i seguenti esami extracurriculari:

Laurea triennale in _____

A.A. di immatricolazione _____ data conseg. Titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____ ;

Laurea V.O. in _____

A.A. di immatricolazione _____ data conseg. Titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____ ;

Laurea Specialistica (ex D.M. 509/99) in _____

A.A. di immatricolazione _____ data conseg. Titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____ ;

Laurea Magistrale (ex D.M. 270/04) in _____

A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____

- Scuola di Specializzazione in _____
 A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
 presso l'Università degli Studi di _____
- Dottorato di Ricerca¹ _____
 A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
 presso l'Università degli Studi di _____
- Master di _____ livello² in _____
 A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
 presso l'Università degli Studi di _____
- Corso singolo in _____
 A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
 presso l'Università degli Studi di _____
- Corso singolo in _____
 A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
 presso l'Università degli Studi di _____
- Corso singolo in _____
 A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
 presso l'Università degli Studi di _____
- Corso singolo in _____
 A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
 presso l'Università degli Studi di _____
- Corso singolo in _____
 A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
 presso l'Università degli Studi di _____
- Corso singolo in _____
 A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
 presso l'Università degli Studi di _____
- (se necessario, aggiungere ulteriori righe)

CHIEDE

ai fini dell'acquisizione dei "24 CFU" ex D.M. 616/2017, il rilascio dell'attestato per le attività formative svolte/insegnamenti sostenuti presso l'Ud'A e riportati nella/e tabella/e allegata/e

Il/La sottoscritto/a allega alla presente richiesta:

1. copia del documento di riconoscimento in corso di validità
2. n. _____ tabella/e relativa/e alle attività svolte/agli esami sostenuti presso l'Ud'A.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento (UE) - GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016, delle Linee Guida CODAU in materia di privacy e protezione dei dati personali in ambito universitario adottate e fatte proprie dall'Ateneo con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 119/2018 Prot. n. 26014 e del D.Lgs. n. 196/2003 -Codice Privacy- come modificato dal D.Lgs. 101/2018 reperibili sul Portale di Ateneo all'indirizzo www.unich.it/privacy

Data _____

Firma _____

¹ Indicare Corsi di Dottorato con SSD compresi tra quelli indicati nel D.M. 616/2017.

² Indicare Master comprendenti SSD compresi tra quelli indicati nel D.M. 616/2017.

Utilizzare una tabella per ciascun corso di studio frequentato. Se i Corsi sono più di uno aggiungere le tabelle necessarie

Denominazione Corso di Studio			<input type="checkbox"/> corso di laurea triennale <input type="checkbox"/> corso di laurea specialistica <input type="checkbox"/> corso di laurea magistrale <input type="checkbox"/> corso di laurea vecchio ordinamento <input type="checkbox"/> insegnamento singolo		
ESAME*	SSD**	VOTAZIONE	CFU**	Data	Docente titolare insegnamento

****Per esami del Vecchio Ordinamento nella colonna SSD inserire "V.O." e nella colonna CFU inserire "ANN" per esame annuale e "SEM" per esame semestrale**
*** N.B. Indicare esclusivamente gli insegnamenti afferenti ai SS.SS.DD. compresi tra quelli indicati dal D.M. 616/2017 e dai relativi allegati.**

Data _____

Firma _____

Utilizzare una tabella per ciascun corso di studio frequentato. Se i Corsi sono più di uno aggiungere le tabelle necessarie

Denominazione Corso di Studio	<input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Dottorato di Ricerca <input type="checkbox"/> Scuole di Specializzazione
Attività formativa	Coordinatore Master/Dottorato di Ricerca Direttore della Scuola

Data _____

Firma _____