

**MODULO RICHIESTA CONVALIDA ATTIVITA' DIDATTICHE**

Al Coordinatore Corso di Studi in

\_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Matr. \_\_\_\_\_ iscritto al Corso di Laurea \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in qualità di studente :

- Laureato in \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_
- Rinunciatario al Corso di Laurea in \_\_\_\_\_ dell'Università di \_\_\_\_\_
- Proveniente dal Corso di Laurea in \_\_\_\_\_ dell'Università di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il riconoscimento delle seguenti attività didattiche/formative:




Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

-, dichiara di essere consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000;

- dichiara che quanto autocertificato corrisponde al vero;

- dichiara di essere consapevole che le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi della normativa vigente;

- dichiara di essere consapevole che nelle more di presentazione della richiesta di convalida non possono essere sostenuti gli esami di cui si chiede riconoscimento, pena l'annullamento degli stessi;

- dichiara di essere consapevole che nelle more di presentazione della richiesta di convalida si è tenuti alla frequenza di tutte le attività didattiche;

- dichiara, inoltre, ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n.196 del 30 giugno 2003 e s.m.i, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

- autorizza, ai fini del riconoscimento cfu, l'U.O. Professioni Sanitarie a verificare i dati relativi alle seguenti carriere (indicare i dati relativi alle specifiche carriere universitarie di cui si chiede valutazione):

**ALLEGARE:**

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale;

- Autocertificazione esami (scaricabile da esse3);

- Programmi d'esame;

- Ulteriore eventuale documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione dell'istanza di riconoscimento CFU.

DATA

FIRMA

**ISTRUZIONI PER LA CONSEGNA DEL MODULO RICHIESTA CONVALIDA  
ATTIVITA' DIDATTICHE**

Il modulo debitamente compilato dovrà pervenire esclusivamente a mezzo mail

<b>CORSI DI LAUREA</b>	<b>PTA DI RIFERIMENTO</b>	<b>E-MAIL</b>
<b>ASSISTENZA SANITARIA</b>	<b>VOLPE ARCANGELA</b>	arcangela.volpe@uniba.it
<b>DIETISTICA</b>	<b>GENTILE PAOLA GIULIANA</b>	paolagiuliana.gentile@uniba.it
<b>INFERMIERISTICA</b>	<b>MANCHISI MARIANNA</b>	marianna.manchisi@uniba.it
<b>ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA</b>	<b>PALELLA GIUSEPPE</b>	giuseppe.palella@uniba.it
<b>OSTETRICIA</b>	<b>MANCHISI MARIANNA</b>	marianna.manchisi@uniba.it
<b>SCIENZE DELLE ATTIVITA' MOTORIE</b>	<b>ACCETTURA ANGELA</b>	angela.accettura@uniba.it
<b>SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DIAGNOSTICHE</b>	<b>ALTIZIO MICHELE</b>	michele.altizio@uniba.it
<b>SCIENZE E TECNICHE DELLO SPORT</b>	<b>ALTIZIO MICHELE</b>	michele.altizio@uniba.it
<b>SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE</b>	<b>MANCHISI MARIANNA</b>	marianna.manchisi@uniba.it
<b>TECNICHE DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE</b>	<b>ALTIZIO MICHELE</b>	michele.altizio@uniba.it
<b>TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO</b>	<b>GENTILE PAOLA GIULIANA</b>	paolagiuliana.gentile@uniba.it