

Dipartimento di Medicina di Precisione e Rigenerativa e Area Jonica DiMePRe-J

MODULO RICHIESTA CONVALIDA ATTIVITA' DIDATTICHE

		Al Coordinatore Corso di Studi in
		Sede
		~~~
l/La sottoscritto/a		nato/a il
ι	, residente a	in Via/Piazza
		CHIEDE

il riconoscimento delle seguenti attività didattiche/formative:

ATTIVITA' SOSTENUTE (Autocertificazione esami sostenuti)  N.B. In caso di corsi integrati indicare i singoli moduli di insegnamento	C.F.U.	Voto	S.S.D.	Attività didattiche di cui si richiede convalida (Previste nel piano dell'attuale Corso di studi).	C.F.U



## Dipartimento di Medicina di Precisione e Rigenerativa e Area Jonica DiMePRe-J

C	91	IΕΙ	DE
<b>\</b>	ш	112	1712

di essere ammesso al _	anno di corso
II/La sottoscritto/a	
- dichiara di essere con	sanevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali

- -, 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;



### Dipartimento di Medicina di Precisione e Rigenerativa e Area Jonica DiMePRe-I

- 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

Prima della trasmissione il modulo dovrà essere debitamente compilato e firmato.

CORSI DI LAUREA	PTA DI RIFERIMENTO	LINK	QR CODE
INFERMIERISTICA	MANCHISI MARIANNA	https://forms.office.com/Pa ges/ResponsePage.aspx?id= w40yxt-vzkCEbTJu6thtSbzd- vb6z_IMvRh9- y5q6NBUQ0dLT0U3WVU0W INBMTAwQjRTN0hTTEU5Vy 4u	CONVALIDE STUDENTI CCddLL INF ERMIERISTICA E OSTETRICIA - UNIBA -DIP. DIMEPRE-J
OSTETRICIA	MANCHISI MARIANNA	https://forms.office.com/Pa ges/ResponsePage.aspx?id= w40yxt-vzkCEbTJu6thtSbzd- vb6z_IMvRh9- y5q6NBUQ0dLT0U3WVU0W INBMTAwQjRTN0hTTEU5Vy 4u	CONVALIDE STUDENTI CCddLL INF ERMIERISTICA E OSTETRICIA - UNIBA -DIP. DIMEPRE-J