**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/a al Corso di Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di studente:

o Laureato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso l’Università

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o Rinunciatario al Corso di Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Università

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o Proveniente dal Corso di Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il riconoscimento delle seguenti attività didattiche/formative:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’ SOSTENUTE**  **(Autocertificazione esami sostenuti)** | **SSD** | **C.F.U.** | **Voto** | **Attività didattiche di cui si richiede convalida**  **(Previste nel piano dell’attuale Corso di studi)** | **C.F.U.** | **Spazio riservato al Consiglio di Corso di Laurea** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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, U:O: Didattica e Servizi agli Studenti del DIPARTIMENTO DI BIOMEDICINA TRASLAZIONALE E NEUROSCIENZE “DiBraiN” 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

**N.B**. da inviare in PDF non modificabile all’e-mail PEC: [direzione.dibrain@pec.uniba.it](file:///E:\Anna\Richieste%20Convalida\direzione.dibrain@pec.uniba.it)

dal 1° al 31 dicembre riportando nell’oggetto Richiesta convalida esami CdL in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il corso di laurea e la sede)