



MODULO RICONOSCIMENTO ESAMI SUPERATI

Alla cortese attenzione della

Commissione Equipollenze

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Facoltà/Scuola di Medicina e Chirurgia

Università degli Studi di Bari Aldo Moro

IL SOTTOSCRITTO

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

Matricola n°

Recapito Telefonico

Indirizzo e-mail

PROVENIENTE DA

Università *nome ateneo/città/nazione.*

Dipartimento - Facoltà/Scuola

Corso di Laurea

*Specificare se Triennale, Magistrale o
Magistrale a ciclo unico.*

Anno di provenienza

*Indicare l'anno di corso al quale si era
iscritti nell'A.A. precedente al
trasferimento.*

Laureato

EVENTUALI CDL FREQUENTATI IN PRECEDENZA

Indicare: Corso di Laurea/Dipartimento-Facoltà/Ateneo-città/ Anno di corso frequentato/ Laureato si-no.

CHIEDE

La convalida dei seguenti esami superati presso altri corsi di laurea di codesta Università e/o presso altre Università.

Il sottoscritto allega tutta la documentazione utile alla valutazione della richiesta, in particolare:

- certificato degli esami sostenuti, in copia originale o autenticata (*eventuali tabelle presenti nel certificato degli esami dovranno essere accompagnate da una legenda esplicativa del significato dei possibili acronimi utilizzati*).
- programmi dei corsi relativi gli esami sostenuti (*la cui titolazione del corso deve essere corrispondente a quella del certificato degli esami*) con l'indicazione del peso in termini di ore/crediti e del sistema di valutazione.

ESAMI IN INTERESSE DI CONVALIDA

Indicare nella casella di testo libera la denominazione dell'esame superato con i relativi CFU da riportare nello spazio apposito. Indicare inoltre l'anno accademico e il corso di laurea nell'ambito dei quali l'esame è stato superato e la valutazione conseguita sul totale (es.: 27/30; 30/30 e lode; idoneo). Eventuali esami sostenuti nell'ambito di "corsi liberi" vanno indicati come tali.

Denominazione Esame **CFU** **Sostenuto presso** **A.A.**

Superato con la votazione di

Denominazione Esame **CFU** **Sostenuto presso** **A.A.**

Superato con la votazione di

Denominazione Esame **CFU** **Sostenuto presso** **A.A.**

Superato con la votazione di

Denominazione Esame **CFU** **Sostenuto presso** **A.A.**

Superato con la votazione di

Denominazione Esame **CFU** **Sostenuto presso** **A.A.**

Superato con la votazione di

Denominazione Esame **CFU** **Sostenuto presso** **A.A.**

Superato con la votazione di

Denominazione Esame **CFU** **Sostenuto presso** **A.A.**

Superato con la votazione di

Denominazione Esame **CFU** **Sostenuto presso** **A.A.**

Superato con la votazione di

Denominazione Esame **CFU** **Sostenuto presso** **A.A.**

Superato con la votazione di

ULTERIORI CREDITI FORMATIVI RICONOSCIBILI COME ATTIVITÀ DIDATTICHE ELETTIVE

Indicare nella casella di testo libera la denominazione dell'Attività Didattica Elettiva frequentata con i relativi CFU acquisiti. Concorrono al riconoscimento di CFU come Attività Didattiche Elettive solo ed esclusivamente quei crediti già riconosciuti come ADE presso altri Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Titolo ADE	CFU
Titolo ADE	CFU
Titolo ADE	CFU
Titolo ADE	CFU
Titolo ADE	CFU

NOTE

Utilizzare questo spazio per eventuali precisazioni volte a facilitare la ricostruzione della carriera precorsa dell'interessato.

Nota Bene: *La mancata o incompleta presentazione degli allegati può costituire causa di non accoglimento dell'istanza da parte delle competenti strutture didattiche*

Data

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003

I dati sopra riportati vengono utilizzati da questa struttura nell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs 196/03 che prevede la "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" e per le finalità strettamente connesse alle attività di competenza. Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e informatici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Data

Firma
