UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO

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

MODULO RICHIESTA CONVALIDA ATTIVITA' DIDATTICHE

Al Coordinatore Corso di Laurea Magistrale in

Odontoiatria e Protesi Dentaria

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:

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**

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. Medicina e Chirurgia e Odontoiatria a verificare i dati relativi alle seguenti carriere (indicare i dati relativi alle specifiche carriere universitarie di cui si chiede valutazione).

EVENTUALI NOTE:

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

Il modulo debitamente compilato dovrà essere trasmesso esclusivamente a mezzo mail/pec al seguente indirizzo: direzione.dimeprej@pec.uniba.it