

**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

Il modulo debitamente compilato dovrà essere trasmesso esclusivamente a mezzo mail/pec al seguente indirizzo:

[direzione.dimeprej@pec.uniba.it](mailto:direzione.dimeprej@pec.uniba.it)

la trasmissione è possibile anche da indirizzo email



*Dipartimento di Medicina di Precisione e  
Rigenerativa e Area Jonica  
DiMePre-J*