**MODULO RICHIESTA CONVALIDA ATTIVITA’ DIDATTICHE**

**COORDINATORE**

del Consiglio di Interclasse

Corsi di Laurea Magistrali Biennali

Professioni Sanitarie

*Prof.ssa Margherita FANELLI*

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:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ATTIVITA’ SOSTENUTE  (Autocertificazione esami sostenuti)  **N.B. In caso di corsi integrati indicare le singole Unità Didattiche che ne fanno parte** | 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. 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