

**MODULO PER VERIFICA POSSESSO REQUISITI DI ACCESSO AL CORSO DI LAUREA
MAGISTRALE IN MEDICINA DELLE PIANTE**

AL COORDINATORE

Consiglio di Interclasse L-25, LM-69, LM-73
Università degli Studi di Bari Aldo Moro

___l___ sottoscritt_ _____ laureat_ nella Classe di Laurea L___ o n.
___ Corso di Laurea in _____ Residente Via _____
_____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ cell n.
_____ e-mail _____

CHIEDE

la verifica del possesso dei requisiti per l'accesso presso al Corso di Laurea Magistrale in **Medicina delle Piante**. A tal fine, dichiara di aver acquisito i sotto elencati crediti formativi e allega autocertificazione del titolo conseguito con esami sostenuti:

gruppo 1 (almeno 3 SSD)

settore scientifico disciplinare	CFU acquisiti	Totale crediti necessari
AGR/02 Agronomia e coltivazioni erbacee	—	20
AGR/03 Arboricoltura generale e coltivazioni arboree	—	
AGR/04 Orticoltura e floricoltura	—	
AGR/07 Genetica agraria	—	

gruppo 2 (almeno 2 SSD)

settore scientifico disciplinare	CFU acquisiti	Totale crediti necessari
AGR/01 Economia ed estimo rurale	—	15
AGR/09 Meccanica agraria	—	
AGR/10 Costruzioni rurali e territorio agro-forestale	—	

gruppo 3 (tutti i SSD)

settore scientifico disciplinare	CFU acquisiti	Totale crediti necessari
AGR/11 Entomologia generale e applicata	—	12
AGR/12 Patologia vegetale	—	

gruppo 4 (tutti i SSD)

settore scientifico disciplinare	CFU acquisiti	Totale crediti necessari
AGR/13 Chimica agraria	—	12
AGR/16 Microbiologia agraria	—	

Bari, ___ / ___ / 202_

_____ firma