Al Coordinatore del
Consiglio di Classe di Corsi di Studi
Università degli Studi di Bari

Matr. N. ……

Il/La sottoscritto/a_____

nato/a a _____il _____

iscritto/a per l'A.A. _____ al _____ anno del Corso di laurea

in _____di questa Università

telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

Il riconoscimento di n…….. CFU relativi alla conoscenza della lingua straniera previsti dall'art. 10 del D.M. 22/10/2004 n. 27. A tal fine dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli:

1. _____
2. _____

Allega:

1. _____
2. _____

Bari, ……..
(inserire data)

In fede

_____

Inviare alla Segreteria didattica: didattica.farmacia@uniba.it