



RICHIESTA CONVALIDA ESAMI

**Al Presidente
del Corso di Laurea Triennale In Infermieristica
Sede di Foligno**

CLASSE: **L/SNT1**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Matricola

Cognome

Nome

Cellulare

e-mail d'Ateneo

e-mail personale

Iscritto/a per l'Anno Accademico 20____/20____

all'anno 1° 2° 3° del Corso di Laurea sopra indicato

CHIEDE

Il riconoscimento dei seguenti Insegnamenti/Moduli sostenuti presso

Università

Corso Di Laurea

DENOMINAZIONE MODULO	SSD (Settore Scientifico Disciplinare)	CFU	DATA SUPERAMENTO	VOTO IN TRENTESIMI



A.D. 1308

unipg

SEDE DI FOLIGNO

Università degli Studi di Perugia
Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica sede di Foligno

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ai sensi del Regolamento Europeo in materia di Protezione dei Dati Personali 2016/679 e della normativa vigente.

Foligno, _____

Firma leggibile Studente _____

Ai fini del riconoscimento, il/la sottoscritto/a allega:

1. Documentazione attestante il superamento degli esami (autocertificazione preferibilmente rilasciata dai sistemi informativi dell'Ateneo di provenienza – vedi Nota A)
2. Programma didattico di ciascun modulo sostenuto (vedi Nota B)
3. Copia di un documento di identità in corso di validità, datata e firmata.