**RICHIESTA CONVALIDA ESAMI**

AL PRESIDENTE DEL CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN INFERMIERISTICA (SEDE DI PERUGIA)

CLASSE: **L/SNT1**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto/a per l’A.A. \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno 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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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.

 Perugia,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Firma)

**Allegati:**

**1)** Autocertificazione esami sostenuti preferibilmente rilasciata dai sistemi informativi dell’Ateneo di provenienza (secondo quanto indicato nelle note introduttive)

**2)** programmi degli esami sostenuti (secondo quanto indicato nelle note introduttive)