

Oggetto eMail

**Matricola**

Questo MODULO deve essere inviato come ALLEGATO di posta elettronica all'indirizzo **medicina@unipa.it**  
Il campo sovrastante, che si compilerà in automatico, contiene i dati di riferimento da inserire nel campo OGGETTO della eMail con la quale si invierà il presente modulo. Per evitare errori fare il copia e incolla.

Al Presidente del Consiglio  
di Corso di Laurea in

Io Sottoscritto/a

Cognome

Nome

Luogo di Nascita

Data di Nascita

Codice Fiscale

Luogo di Residenza

CAP Residenza

Via e Numero Civico di Residenza

Cellulare

Corso di Provenienza e Anno di Iscrizione

a seguito di

### CHIEDO

Il riconoscimento della mia esperienza formativa pregressa (carriera universitaria e/o altro).

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 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 28/12/2000 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la mia responsabilità,

### DICHIARO

di avere sostenuto i seguenti esami e/o attività formative indicate nell'allegato 1.

#### ATTENZIONE:

**Ai fini della validità della richiesta indicare tipologia e estremi del documento di riconoscimento.**

Tipo Documento:

Numero Documento

Ente che ha Rilasciato il Documento

#### ATTENZIONE:

**Per la convalida di corsi di lingua, attestati, ECDL, stage, ecc., oltre a specificarli nell'allegato 1 è necessaria la copia degli stessi, da allegare alla mail con la quale si invia la presente richiesta.**

**Le richieste di convalida materie presentate per i corsi di laurea in INFERMIERISTICA e ODONTOIATRIA, devono essere accompagnate dai relativi programmi da allegare alla mail con la quale si invia la presente richiesta.**

\*\*\*\*\*  
**SALVARE IL MODULO CON L'APPOSITO PULSANTE, O L'APPOSITA FUNZIONE DEL MENU.**

