

Marca bollo 16.00 euro

RICONOSCIMENTO CREDITI
(tirocini, laboratori, abilità informatiche, linguistiche, esami sostenuti)
(da consegnare c/o la Segr. Didattica
Via G. Capponi, 9, I piano)

Al Presidente del Corso di laurea in:

CdS Triennale/Magistrale _____
(indicare il curriculum) _____

Il/la sottoscritto/a _____

matric. _____ tel. e/o cell. _____

e-mail _____

iscritto al _____ anno, chiede il riconoscimento di n. _____ CFU nelle attività formative _____ per

aver svolto la seguente attività di:

(breve descrizione) _____

presso: _____

per n. _____ ore

Sessione di tesi: (indicare solo se già definita)

Visto del delegato all'attività per cui si richiedono i crediti (obbligatorio):

Allego documentazione attestante quanto svolto.

Data,

Firma dello studente

Parte riservata all'Ufficio

Consiglio di CdL in _____

Seduta del _____

Approvato/non approvato

Il Presidente del corso di studi