Al Presidente del Corso di Laurea in …….

Università degli Studi di Perugia

MATRICOLA | | | | | | |

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____(___) il _____/_____/_____

Residente in_____(_____)

Via_____N°_____CAP_____

Recapito telefonico_____

Indirizzo e-mail_____

Iscritto al Corso di Laurea in ……. dell'Università degli Studi di Perugia

Al _____ anno di corso, per l'Anno Accademico _____/_____

Propone la convalida di esami sostenuti nel/nei Corso/i di Studio/i in

_____

_____

Si allega al presente prospetto:

- ☐ Il/i piano/i di studio*****
- ☐ I programmi delle discipline per cui è richiesta la convalida*****
- ☐ Altro (specificare): _____

_____

_____

_____

*****Documentazione obbligatoria

Per richiedere la **convalida di esami** sostenuti presso altri Corsi di Studio, compilare la **tabella che segue** inserendo i dati richiesti relativi agli esami di cui si chiede il riconoscimento.

Data e luogo_____ Firma_____

…. Anno

INSEGNAMENTO previsto nel Piano studi del CdL Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie	MODULO CdL Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie	ESAME/ATTIVITÀ DA SOTTOPORRE A CONVALIDA	VOTO	DATA	PRECEDENTE CORSO DI LAUREA