

RICHIESTA RICONOSCIMENTO ATTIVITA' DIDATTICHE

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli studi
di Modena e Reggio Emilia

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
telefono _____ mail _____ **MATRICOLA n.** _____

PREMESSO che

nell'anno accademico ____ / ____ ho presentato, presso Unimore,

- domanda di immatricolazione al _____ anno
- sono iscritto/a al _____ anno

presso il Dipartimento di _____

- al Corso di Laurea Triennale in: _____
- al Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico: _____
- al Corso di Laurea Magistrale in: _____

CONSAPEVOLE che

Per la richiesta di riconoscimento di attività didattiche dei corsi afferenti all'**area medica** devono essere seguite le specifiche indicazioni riportate nei bandi.

CHIEDO IL RICONOSCIMENTO:

A) della seguente **certificazione internazionale di lingua** _____
conseguita presso _____
in data ____ / ____ / _____. Allego copia della certificazione.

B) della certificazione di **competenza ECDL** o di altra attestazione di **competenze informatiche**
di cui allego copia.

C) della seguente **attività** _____
conseguita _____
in data ____ / ____ / _____. Allego documentazione

D) degli **esami sostenuti nella precedente carriera** e a tal fine **DICHIARO:**

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni previste dalla legge in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

di essermi laureato/a in data ____ / ____ / ____ con voto _____

presso l'Università _____
Dipartimento _____
Corso di studio in _____

di essere in possesso del seguente ulteriore titolo accademico (altra laurea, master, specializzazione, dottorato ecc...) conseguito in data ____ / ____ / ____ con voto _____

presso l'Università _____
Dipartimento _____
Corso di studio in _____

di avere rinunciato agli studi in data ____ / ____ / ____

presso l'Università _____
Dipartimento _____
Corso di studio in _____

di essere DECADUTO/A

presso l'Università _____

Dipartimento _____

Corso di studio in _____

di avere sostenuto CORSI SINGOLI (da elencare nella tabella) presso l'Università

di essere contemporaneamente iscritto/a

presso l'Università _____

Dipartimento _____

Corso di studio in _____

INOLTRE

allego autocertificazione scaricata dal sito dell'ateneo

elenco dei soli esami per i quali chiedo il riconoscimento (in caso di richiesta di riconoscimento parziale di carriera) ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni previste dalla legge in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità

N.B. Compilare la tabella indicando l'esatta denominazione dell'esame sostenuto, il Settore Scientifico Disciplinare (SSD) il voto, la data e i crediti (CFU)

n.	ESAME	S.S.D.	VOTO	DATA	C.F.U.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

allego i programmi degli esami superati (se richiesto dal Dipartimento)

Altre eventuali comunicazioni:

Dichiaro di essere consapevole che, **la procedura/istanza di riconoscimento** prevede il versamento di un **contributo di 55 euro** che verrà generato dalla Segreteria Studenti, dopo la ricezione della presente richiesta, nella pagina personale di Esse3 alla voce "Tasse".

N.B. Il mancato pagamento di suddetto contributo non consentirà la prenotazione agli appelli d'esame.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR), i dati personali raccolti nel presente documento sono trattati dall'Università di Modena e Reggio Emilia secondo principi di liceità, correttezza, trasparenza e riservatezza e trattati o trasmessi ad altri enti per le sole finalità istituzionali proprie dell'Università stessa. Una informativa completa è presente sul sito www.unimore.it. Per ogni informazione contattare i seguenti recapiti: urp@unimore.it - tel. 059.2056095

Data e luogo, _____

Firma
