

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Prot. n. _____ del _____

Al Magnifico Rettore
dell'Università di Pisa**IMPORTANTE: Per i corsi di laurea della Facoltà di Medicina e chirurgia le domande di riconoscimento crediti devono essere presentate entro il 30/12/2011.**

matricola		
cognome e nome		
luogo e data di nascita		
residenza (via/piazza, n. civico, CAP, comune)		
telefono, cellulare		
e-mail		

iscritto al corso di laurea triennale laurea specialistica laurea magistrale in

_____ indirizzo/curriculum _____

al fine del **riconoscimento di crediti formativi**, dichiara di aver svolto le seguenti attività universitarie o extrauniversitarie, di cui allega certificazione:

ATTIVITÀ FORMATIVA	SVOLTA PRESSO (altro ateneo, ente formatore, ecc)	IN DATA	DURATA	DA CONVALIDARE PER

Nel caso in cui l'organo accademico competente riconosca attività formative sostenute in precedenti carriere universitarie interrotte per rinuncia o decadenza, lo studente è tenuto a pagare € 500,00 per carriere svolte in altra università, oppure la tassa di ricongiunzione per carriere svolte all'Università di Pisa.

_____ data _____

_____ firma dello studente _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che nel caso in cui il Consiglio di corso di studio approvi senza riserve il suddetto riconoscimento, la segreteria studenti procederà alla registrazione delle relative attività formative senza ulteriori comunicazioni.

Nel caso in cui il Consiglio di corso di studio deliberi diversamente rispetto a quanto richiesto, il sottoscritto chiede di essere convocato in una delle seguenti modalità:

- per posta elettronica all'indirizzo _____
- per fax al numero _____
- per posta all'indirizzo _____
- per telefono al numero _____