Modulo convalida

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

Marca da bollo secondo le vigenti disposizioni di legge

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi del Molise

DOMANDA DI CONVALIDA ESAMI

(compilare la scheda in tutte le sue parti)

N. matricola _____

__l__ sottoscritt__ _____ _____
Cognome *Nome*

iscritt__ per l'a.a. _____ al _____ anno in corso / fuori corso / ripetente del:

❑ Corso di Laurea ❑ Corso di Laurea Specialistica ❑ Corso di Laurea Magistrale (barrare la casella che interessa)

in _____

indirizzo _____

del Dipartimento _____

tel. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| cell. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

indirizzo e-mail _____@studenti.unimol.it

❑ chiede l'opzione al Corso di Laurea / Laurea Specialistica / Laurea Magistrale in:

_____

indirizzo _____

❑ chiede il passaggio all'indirizzo _____

e, contestualmente, la convalida degli esami indicati nella scheda allegata;

❑ avendo formalizzato la rinuncia agli studi in data _____

❑ essendo in possesso della Laurea _____ in:

_____

❑ essendo in possesso del Diploma Universitario in:

_____

❑ essendo in possesso di:

_____

❑ essendo decaduto dagli studi

chiede la convalida degli esami indicati nella scheda allegata e l'eventuale abbreviazione di corso.

Allega:

❑ certificato di laurea/diploma con indicazione degli esami sostenuti;

❑ certificato relativo alla carriera pregressa con indicazione degli esami sostenuti;

❑ altro: _____

_____

_____

Dichiara di non aver presentato in precedenza analoga richiesta di convalida per la stessa documentazione allegata.

_____
Firma leggibile

L__ studente _____

matr. _____ ha presentato in data _____ domanda di convalida.

Settore Segreteria Studenti

_____

Scheda riconoscimento crediti

(*la scheda deve essere compilata in ogni sua parte dall'interessato*)

Dipartimento _____

Corso di _____ in _____

Indirizzo _____

❑ Opzione da altro Corso di Studio dell'Università

Riconoscimento carriera pregressa:

❑ studente in possesso di laurea/DU
❑ studente decaduto
❑ studente rinunciatario

Esami sostenuti	SSD	cfu	voto	Esami per i quali si chiede la convalida	cfu

_____, _____

Luogo e data

_____

Firma leggibile