

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Odontoiatria e protesi dentaria

Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

MODULO RICONOSCIMENTO C.F.U.

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI STUDI LM-46R - LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA

Il/La Sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il _____, codice fiscale _____, matricola _____,
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di
dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al
provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R.
28/12/2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la
propria responsabilità;

CHIEDE

il riconoscimento di C.F.U. relativi ai seguenti esami sostenuti presso
l'Università _____
corso di studi _____

INSEGNAMENTO	SSD	DATA	VOTO	CFU

Università LUM

S.S. 100 Km 18 - 70010 Casamassima (Bari)

Segreteria di Dipartimento 080/9021598 - 242 - 554

www.lum.it - segreteriastudenti.odontoiatria@lum.it

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Odontoiatria e protesi dentaria

Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

MODULO RICONOSCIMENTO C.F.U.

e a tal fine allega la seguente documentazione:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

E' necessario allegare certificato di esami sostenuti e relative schede insegnamento.

Il sottoscritto in merito al trattamento dei dati personali esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al d.lgs. n. 196/2003.

Data e Firma dello Studente