

ISTRUZIONI

Compila il modulo ed invialo

All'indirizzo e-mail: medicina.segreteria@unilink.it (per gli iscritti ai corsi di Area Medica)

segreteria.studenti@unilink.it (per gli iscritti agli altri corsi)

Invia questo modulo compilato via mail dal tuo indirizzo di posta elettronica personale, indicando nell'oggetto "Passaggio ed eventuale riconoscimento crediti".

L'eventuale variazione dell'anno di corso / carriera sarà effettuata dopo la procedura di riconoscimento degli esami/crediti da parte della struttura didattica. Contestualmente sarà rimodulato anche l'importo dei contributi di iscrizione, qualora ci fossero variazioni.

I dati richiesti saranno trattati nel rispetto delle disposizioni del GDPR 2016/679.

Le dichiarazioni false o incomplete sono perseguibili penalmente.

Al Magnifico Rettore dell'Università degli studi Link Campus University

Il/la sottoscritto/a

Cognome, Nome

Codice Fiscale

Telefono

email

Proveniente dal Corso di Studi

Facoltà/Dipartimento di:

CHIEDO IL RICONOSCIMENTO DEGLI ESAMI/CREDITI INDICATI IN TABELLA

per il Corso di studio in (indicare denominazione, ordinamento e tipologia di corso, es. laurea, laurea magistrale, ecc.)

DICHIARO

di essere a conoscenza che il riconoscimento degli esami/crediti è di pertinenza della Commissione di valutazione, che valuta la compatibilità con l'ordinamento e i programmi del corso di studio

Dichiaro, ai sensi del art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, di aver conseguito i seguenti crediti formativi

n.	Denominazione esame	Numero crediti	Settore scientifico disciplinare (SSD)	Data	Voto
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Data _____

Firma _____

N.B. 1 - La richiesta di riconoscimento potrà essere inviata entro 30 giorni dalla data di immatricolazione.
2 - Non saranno prese in considerazione ulteriori richieste.