DOMANDA DI VALUTAZIONE PER L'ACCESSO AI CORSI DI LAUREA MAGISTRALE

A.A. _____

ALLA SEGRETERIA DIDATTICA DELLA

SCUOLA DI _____

_____

_____ FIRENZE

(gli indirizzi delle Segreterie Didattiche sono reperibili sui siti web delle Scuole all'indirizzo www.unifi.it)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome e nome |_____|

nato/a il |__|__| |__|__| |__|__|__|__| a |_____| prov.|__|__|

cittadinanza|_____| Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente in via/piazza |_____| n. |_____|

comune |_____| prov. |__|__| C.A.P. |__|__|__|__|__|

telefono |_____| e-mail |_____|

posta elettronica certificata PEC |_____|

CHIEDE la valutazione del possesso dei requisiti curriculari e della personale preparazione ai fini del rilascio del NULLA OSTA per l'immatricolazione al

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE in |_____|

CLASSE |_____| *Indirizzo, orientamento o curriculum* |_____|

A TAL FINE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del **D.P.R. 28/12/2000, n.445** e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato

☐ di essere in **possesso del titolo accademico** conseguito presso l'Università degli Studi di |_____| *(se Università di Firenze indicare il numero di matricola* |__|__|__|__|__|__|__|__|) in |_____|
Classe |_____| conseguito in data |_____| con votazione di |_|_|_| su |_|_|_| Lode SI
materia di tesi |_____|
titolo della tesi |_____|

☐ di essere **iscritto/a** presso l'Università degli Studi di |_____|
(se Università di Firenze indicare il numero di matricola |__|__|__|__|__|__|__|__|) al corso di laurea in |_____| Classe |_____| , **di aver acquisito tutti i crediti previsti dal piano di studio**

DICHIARA INOLTRE DI AVER SOSTENUTO I SEGUENTI ESAMI (IN ALTERNATIVA ALLEGA AUTOCERTIFICAZIONE/COPIA CERTIFICAZIONE ESAMI SOSTENUTI)

DENOMINAZIONE	S.S.D.	CFU	VOTO	SOSTENUTO IN DATA

I DATI RICHIESTI DALL'UNIVERSITA' SONO RACCOLTI IN CONFORMITA' AL D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196

DENOMINAZIONE	S.S.D.	CFU	VOTO	SOSTENUTO IN DATA

Note :
S.S.D. = Settore Scientifico Disciplinare
CFU = Crediti Formativi Universitari

CHIEDE, infine

che tutte le comunicazioni relative alla suddetta richiesta vengano inviate al seguente indirizzo:

via/piazza_____ n. _____

frazione/località_____

comune_____prov. |__|__| C.A.P.|__|__|__|__|_|

telefono_____e-mail _____

_____ _____
(data) *(firma)*

Allegati:

❑ _____

_____

_____

I DATI RICHIESTI DALL'UNIVERSITA' SONO RACCOLTI IN CONFORMITA' AL D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196