



RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO ESAMI SOSTENUTI IN MOBILITA'

Professioni sanitarie

Matricola | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

 I sottoscritt

Cognome e Nome _____

nat_ il _____ a _____

residente in _____ prov _____

via/piazza _____ Tel: _____

cellulare _____ e-mail _____

iscritto_ per l'anno accademico attuale: _____ al _____ anno di corso fuori corso ripetente

del corso di laurea in _____

Chiede

Il riconoscimento dei sotto elencati ESAMI, TIROCINI; ADE, ecc. sostenuti nel periodo _____

presso la sede estera di _____

nell'ambito di: (barrare solo una delle caselle)

ERASMUS+ STUDENT MOBILITY, svolta nell'anno accademico _____

ERASMUS+ TRAINEESHIP MOBILITY, svolta nell'anno accademico _____

Alla richiesta devono essere allegati Learning Agreement originale ed eventuali Cambiamenti al LA originali, completi di tutte le firme di approvazione, transcript of records originale ed eventuali transcript of work per i tirocini svolti

| DATA | DENOMINAZIONE ESAME ESTERO | ECTS | ESAME DI CUI SI CHIEDE IL RICONOSCIMENTO | ECTS |
|------|-------------------------------|------|---|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Data _____

Firma _____