



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

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 (inserire le date presenti nell'attestato di arrivo e di partenza)

_____ presso la sede estera di _____ nell'ambito _____

ERASMUS+ PROGETTO BIP (Azione KA131)

Denominazione Progetto:

Alla richiesta devono essere allegati Learning Agreement originale, attestato di arrivo e di partenza, Transcript of records originale

DATA	NOME PROGETTO BIP	ECTS	ESAME/ATTIVITA' DI CUI SI CHIEDE IL RICONOSCIMENTO	CFU

Data _____

Firma _____

Servizio Relazioni Internazionali
Erasmus student office

Largo Brambilla, 3 – 50134 Firenze, Ed.3, 1°Piano, Stanza 120
e-mail: erasmusmedicina@polobiotec.unifi.it