UNIVERSITÀ
DEL SALENTO

All.1

Al Presidente del Consiglio didattico
del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Alla Commissione Carriere Studenti

Il/la sottoscritto/a ……, nato/a a ……, il ……
C.F……, residente a ……, via
……, n. ……., tel/cell: …..……..,
indirizzo e-mail istituzionale ……..

È iscritto/a al ….. anno del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche per l'A.A. 2026/2027, matricola n. ……

CHIEDE

il riconoscimento degli esami sostenuti nella precedente carriera e riportati nell'allegata autocertificazione (All.2) resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Si allega:

- ☐ Certificato con esami sostenuti oppure dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000 **in formato pdf**
- ☐ fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità
- ☐ programmi degli esami (per gli studenti che hanno una carriera pregressa in corsi di studio di Atenei italiani e stranieri non Unisalento) **in formato pdf**
- ☐ precedente provvedimento di convalida e riconoscimento CFU ottenuto a seguito di apposita istanza nell'a.a. _____

DIPARTIMENTO
DI MEDICINA
SPERIMENTALE

UFFICIO DIDATTICA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE
Complesso Ecotekne, via per Monteroni snc, 73100 Lecce (Italia)
+39 0832 29 9407 – 0832 29 9415 medicina@unisalento.it
PEC: dip.medicina.sperimentale@cert-unile.it

UNIVERSITÀ
DEL SALENTO

Lecce, ……

Firma

_____

DIPARTIMENTO
DI MEDICINA
SPERIMENTALE

UFFICIO DIDATTICA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE
Complesso Ecotekne, via per Monteroni snc, 73100 Lecce (Italia)
+39 0832 29 9407 – 0832 29 9415 medicina@unisalento.it
PEC: dip.medicina.sperimentale@cert-unile.it

UNIVERSITÀ DEL SALENTO

All.2

DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) CURRICULUM UNIVERSITARIO
(Esami sostenuti, Crediti maturati, SSD di riferimento)

Il/la sottoscritto/a ……., nato/a a …..…… (Prov……) il ……., residente a …….. via ……., n. ……, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445

D I C H I A R A

☐ di essere stato/a iscritto/a nell'a.a. _____ al _____ anno (*indicare anno di iscrizione e stato: IN CORSO / RIPETENTE / FUORI CORSO /RINUNCIA*) presso l'Università _____ al Corso di Laurea Magistrale in _____;

☐ di essere laureato/a al Corso di Laurea Magistrale in _____ presso l'Università_____, nell'anno accademico _____

di aver sostenuto i seguenti esami di profitto di cui presenta **autocertificazione e programmi in formato pdf**

	ESAME SOSTENUTO			Anno di corso	Voto	Data Esame	ESAME CONVALIDABILE PRESENTE NEL PIANO DI STUDIO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE DELL'UNIVERSITÀ DEL SALENTO (VEDI PUNTO 3 ALLEGATO 2A)		
	DENOMINAZIONE	SSD Settore scientifico disciplinare	CFU				DENOMINAZIONE	SSD SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE	CFU
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE

UFFICIO DIDATTICA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE
Complesso Ecotekne, via per Monteroni snc, 73100 Lecce (Italia)
+39 0832 29 9407 – 0832 29 9415 medicina@unisalento.it
PEC: dip.medicina.sperimentale@cert-unile.it

9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

***ATTENZIONE: per la compilazione della tabella si rinvia all'allegato 2a**

Data _____ Firma

_____

UFFICIO DIDATTICA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE
Complesso Ecotekne, via per Monteroni snc, 73100 Lecce (Italia)
+39 0832 29 9407 – 0832 29 9415 medicina@unisalento.it
PEC: dip.medicina.sperimentale@cert-unile.it