



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO ESAMI SOSTENUTI IN MOBILITA'

Professioni sanitarie

Da consegnare in originale prima possibile dopo il rientro a:
Servizio Relazioni Internazionali, c/o NIC, Padiglione 3, Primo Piano, Stanza 120.
Largo Brambilla, 3 - 50134 Firenze. TEL. +39 055 7944362/4248

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 diploma 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 _____

Servizio Relazioni Internazionali
Erasmus student office

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