

Marca da  
bollo da  
  
€ 16,00

**AL COMITATO ORDINATORE DEL MASTER IN \_\_\_\_\_**

c/o Segreteria Studenti Master del Polo Biomedico e Tecnologico c/o N.I.C.- Padiglione 3 Didattica- Largo Brambilla, 3 - 50134 FIRENZE

**ANNO ACCADEMICO 20\_\_ /20\_\_**

**OGGETTO: DOMANDA DI RICONOSCIMENTO CREDITI ACQUISITI ART. 5** Regolamento per la istituzione ed il funzionamento dei Corsi di Master universitari, dei Corsi di Perfezionamento post laurea e dei Corsi di Aggiornamento Professionale.

Emanato con decreto rettorale, 22 febbraio 2011, n. 167 – prot. n. 12875.

**La/il sottoscritta/o**

_____		_____	
Cognome		Nome	
_ _ _ _ _ _ _	_____		_____
Data nascita gg/mm/aa	Comune di Nascita Provincia o Stato estero di nascita		
_____		_ _ _ _	_ _ _ _
Comune di Residenza		Provincia (sigla)	c.a.p.
_____		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Via /Piazza		Telefono casa	
_ _ _ _ _ _ _	_____		_____
Telefono Cellulare	Indirizzo posta elettronica		

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

**a) di aver conseguito presso** \_\_\_\_\_  
Si prega di indicare la sede ed il luogo: Università degli Studi di – Ente di Ricerca – Università Straniera

\_\_\_\_\_ **nell'anno accademico** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Il Diploma del Corso** \_\_\_\_\_  
Perfezionamento – Master diverso da quello per il quale si chiede l'abbreviazione

**In data** \_\_\_\_\_ **con il punteggio di** \_\_\_\_\_

**b) di aver frequentato il Corso Master in** \_\_\_\_\_  
Si prega di indicare la sede ed il luogo: Università degli Studi di – Ente di Ricerca – Università Straniera

**nell'anno accademico** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **l sostenendo i sottoelencati esami :**

