



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DI BARI  
ALDO MORO**

Corsi di laurea nelle

**PROFESSIONI SANITARIE**

(specificare corso di laurea triennale di iscrizione)

## **MODULO RICONOSCIMENTO ESAMI SUPERATI**

Alla cortese attenzione della  
Sig.ra Katia DE LEONARDIS (capo settore  
corsi di laurea triennali)  
Facoltà/Scuola di Medicina e Chirurgia  
Università degli Studi di Bari Aldo Moro

### **IL SOTTOSCRITTO**

---

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

Matricola n°

Recapito Telefonico

Indirizzo e-mail

### **PROVENIENTE DA**

---

**Università** *nome ateneo/città/nazione.*

**Dipartimento - Facoltà/Scuola**

**Corso di Laurea**

*Specificare se Triennale, Magistrale o  
Magistrale a ciclo unico.*

**Anno di provenienza**

*Indicare l'anno di corso al quale si era  
iscritti nell'A.A. precedente al  
trasferimento.*

**Laureato** Non laureato

### **EVENTUALI CDL FREQUENTATI IN PRECEDENZA**

---

*Indicare: Corso di Laurea/Dipartimento-Facoltà/Ateneo-città/ Anno di corso frequentato/ Laureato si-no.*

### **CHIEDE**

---

La convalida dei seguenti esami superati presso altri corsi di laurea di codesta Università e/o presso altre Università.

**Il sottoscritto allega tutta la documentazione utile alla valutazione della richiesta, in particolare:**

- certificato degli esami sostenuti, in copia originale o autenticata (*eventuali tabelle presenti nel certificato degli esami dovranno essere accompagnate da una legenda esplicativa del significato dei possibili acronimi utilizzati*).
- programmi dei corsi relativi gli esami sostenuti (*la cui titolazione del corso deve essere corrispondente a quella del certificato degli esami*) con l'indicazione del peso in termini di ore/crediti e del sistema di valutazione.





## **ULTERIORI CREDITI FORMATIVI RICONOSCIBILI COME ATTIVITÀ DIDATTICHE ELETTIVE**

Indicare nella casella di testo libera la denominazione dell'Attività Didattica Elettiva frequentata con i relativi CFU acquisiti. Concorrono al riconoscimento di CFU come Attività Didattiche Elettive solo ed esclusivamente quei crediti già riconosciuti come ADE presso altri Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Titolo ADE	CFU
Titolo ADE	CFU
Titolo ADE	CFU
Titolo ADE	CFU
Titolo ADE	CFU

### **NOTE**

Utilizzare questo spazio per eventuali precisazioni volte a facilitare la ricostruzione della carriera precorsa dell'interessato.

**Nota Bene:** La mancata o incompleta presentazione degli allegati può costituire causa di non accoglimento dell'istanza da parte delle competenti strutture didattiche

Data

Firma

---

### **Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003**

I dati sopra riportati vengono utilizzati da questa struttura nell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs 196/03 che prevede la "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" e per le finalità strettamente connesse alle attività di competenza. Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e informatici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Data

Firma

---