AUTO-DICHIARAZIONE DI CERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO E DEGLI ESAMI SOSTENUTI

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

ATTENZIONE: inviando questo modulo all’indirizzo valutazioni@unitelmasapienza.it dichiari di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali necessari all’ufficio per poter elaborare la tua richiesta di valutazione CFU.

Se non lo hai ancora fatto, ti invitiamo a visionarla al seguente link: <https://www.unitelmasapienza.it/wp-content/uploads/2022/11/Unitelma-Sapienza_Informativa-Valutazione-CFU_09_11_2022.pdf>

Il/La sottoscritto/a , nato/a

a prov. , il e residente in

 prov. via , telefono telefono cellulare e-mail , a conoscenza di quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di essere in possesso del seguente titolo di studio , conseguito in data , presso l’Università degli Studi di , Facoltà di , con votazione di ,

Ovvero

Di essere iscritto/a al corso di laurea in , presso la Facoltà di dell’Università degli Studi di

per l’anno accademico .

Di aver sostenuto, durante la carriera universitaria, le seguenti attiività formative:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione attività formativa** | **Voto** | **Data** | **Cfu** | **Settore scientifico****disciplinare** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione attività formativa** | **Voto** | **Data** | **Cfu** | **Settore scientifico****disciplinare** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Dichiara, inoltre, di dover sostenere le seguenti attività formative previste nel piano d studi ufficiale/personale ai fini del conseguimento del titolo di studio:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Denominazione attività formativa** | **Cfu** | **Settore scientifico****disciplinare** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Allega alla presente copia fotostatica del proprio documento d’identità.

Data

Firma