

MODELLO RISERVATO AI CANDIDATI CON CARRIERA PREGRESSA PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TERAMO CHE INTENDONO:

- **ISCRIVERSI AL PERCORSO FORMATIVO PER L'ACQUISIZIONE DEI 24 CFU IN ATENEI DIVERSI DALL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TERAMO E OTTENERE DA UNITE L'ATTESTAZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE IN SEDE DA PRESENTARSI AD ALTRA UNIVERSITÀ PER IL RILASCIO DELLE DICHIARAZIONI DI CUI ALL'ART. 3, COMMA 7 DEL D.M. 616/2017**

**AL MAGNIFICO RETTORE
UNIVERSITA' DEGLI STUDI
TERAMO**

Il/la sottoscritto/ a _____

nato/a a _____ Provincia _____ (_____)

nazione _____ il _____.

residente in _____ (_____) C.A.P. _____

Via _____ n.

numero cellulare _____

e-mail (obbligatoria) _____

CODICE FISCALE																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

avendo conseguito i seguenti titoli di studio e i seguenti esami extracurriculari:

- Laurea triennale in _____
A.A. di immatricolazione _____ data conseg. Titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____ ;
- Laurea V.O. in _____
A.A. di immatricolazione _____ data conseg. Titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____ ;
- Laurea Specialistica (ex D.M. 509/99) in _____
A.A. di immatricolazione _____ data conseg. Titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____ ;
- Laurea Magistrale (ex D.M. 270/04) in _____
A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____

- Scuola di Specializzazione in _____
A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____
- Dottorato di Ricerca¹ _____
A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____
- Master di _____ livello² in _____
A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____
- Corso singolo in _____
A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____
- Corso singolo in _____
A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____
- Corso singolo in _____
A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____
- Corso singolo in _____
A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____
- Corso singolo in _____
A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____
- Corso singolo in _____
A.A. di immatricolazione _____ data conseg. titolo _____
presso l'Università degli Studi di _____

(se necessario, aggiungere ulteriori righe)

CHIEDE

ai fini dell'acquisizione dei "24 CFU" ex D.M. 616/2017, il rilascio dell'attestato per le attività formative svolte/insegnamenti sostenuti presso l'UniTe e riportati nella/e tabella/e allegata/e

Il/La sottoscritto/a allega alla presente richiesta:

1. copia del documento di riconoscimento in corso di validità
2. n. _____ tabella/e relativa/e alle attività svolte/agli esami sostenuti presso l'UniTe.

Data _____

Firma _____

¹ Indicare Corsi di Dottorato con SSD compresi tra quelli indicati nel D.M. 616/2017.

² Indicare Master comprendenti SSD compresi tra quelli indicati nel D.M. 616/2017.

