



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

SEGRETERIA STUDENTI

FACOLTÀ DI BIOLOGIA E FARMACIA / FACOLTÀ DI SCIENZE

AL MAGNIFICO RETTORE

DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

Marca da bollo
da Euro16

OGLGETTO:

() RICONOSCIMENTO CREDITI ATTIVITÀ FORMATIVE / CONVALIDA ESAMI

() ALTRO: _____

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____, prov. _____ il _____,
iscritto/a per l'A.A. _____ / _____ al _____ anno del corso di laurea
in _____,
matricola n. _____,

CHIEDE

Data _____

Firma _____

Recapiti:

Indirizzo E-mail _____

Telefono _____ Telef. Cellul. _____