



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI**

**SEGRETERIA STUDENTI**

**FACOLTÀ DI BIOLOGIA E FARMACIA / FACOLTÀ DI SCIENZE**

**AL MAGNIFICO RETTORE**

**DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI**

**OGGETTO:**

**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.** \_\_\_\_\_