

Corso di Studio in **INFERMIERISTICA**Presidente: Prof.ssa Donatella Placidi

all. 1 Modulo convalida carriere pregresse

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (articolo 46 DPR 445 del 28/12/2000)

	Alla c.a. Prof./ssa - Dott./ssa
	Referente del S.S.D.
II/la sottoscritto/a	matricola
iscritto/a per l'a.a al	anno del Corso di Studio in Infermieristica
dell'Università degli studi di Brescia presso l	a sede di
CHIEDE L	A CONVALIDA
del seguente modulo attivato nel CdS in Inf	ermieristica dell'Università degli Studi di Brescia:
MODULO	
A tale f	fine dichiara
	pevolezza delle sanzioni penali richiamate dagli artt. 75 e i non veritiere e falsità in atti e dall'art. 495 del C.P.
di aver superato l' esame* (denominazione comp	oleta):
	in un voto esplicitamente presente nella carriera dello studente o conclusi con una verbalizzazione completa e ufficialmente
riferito al settore scientifico-disciplinare :	
in data: per crediti form	nativi universitari:;
con votazione pari a :;	

Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica Viale Europa, 11 - 25123 Brescia +39 030 3717494

dsmc@unibs.it - www.dsmc.unibs.it



DIPARTIMENTO DI SPECIALITÀ MEDICO-CHIRURGICHE, SCIENZE RADIOLOGICHE E SANITÀ PUBBLICA

Corso di Studio in **INFERMIERISTICA** Presidente: Prof.ssa Donatella Placidi

in qualità di studente iscritto al Corso di (denominazione completa del Corso di Studi):	
presso l' Università di:	
Dichiara inoltre: (descrizione dettagliata del programma del modulo: obiettivi e prind	cipali contenuti)
Per qualsiasi necessità/approfondimento il sottoscritto autorizza all'utilizzo dei	seguenti recapiti
Tel email	
Luogo e data	Firma

Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica Viale Europa, 11 - 25123 Brescia +39 030 3717494 dsmc@unibs.it - www.dsmc.unibs.it