



ALLEGATO 1

Alla c.a. del Prof./Dott.

Il/la sottoscritto/a _____ matricola
_____ iscritto/a per l'A.A. ____ / ____ al ____ anno del Corso di Studio in Igiene
Dentale dell'Università degli studi di Brescia

- Proveniente dal Corso di Laurea in _____
- Rinuncia il _____
- Laureato/a in _____
- Con Certificazione linguistica per la lingua inglese a livello _____ rilasciata da

CHIEDE LA CONVALIDA

del seguente MODULO / ESAME _____

A tale fine dichiara

di aver superato l'**esame** (denominazione completa): _____;

con la votazione di: ____ / ____, in **data**: ____ / ____ / ____ e per **crediti formativi universitari**:

_____;

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 principali contenuti)



Allega altresì la relativa Documentazione
(programmi insegnamenti dei quali si richiede il riconoscimento, certificazione esito, ecc.)

Per qualsiasi necessità il sottoscritto autorizza all'utilizzo dei seguenti recapiti

Tel. _____ E-mail _____

Luogo e data

Firma dello studente

Il docente, presa visione del programma, lo giudica:

consono

non consono

e propone pertanto:

la convalida dell'esame

di **non** convalidare l'esame

la convalida della frequenza

di **non** convalidare la frequenz

Note:

Firma del docente
