



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**

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.** _____