



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

Il sottoscritto _____ iscritto al ____ anno del Corso di Laurea in
Medicina e Chirurgia coorte _____ matricola _____

Mail: _____@studenti.unimol.it cell. _____

CHIEDE

Di essere ammesso alla verbalizzazione degli 8 CFU AFASS previsti nel proprio Piano di Studi.

Consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia (ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000):

DICHIARA

Di aver acquisito un totale di _____ CFU di AFASS così divise:

- AFASS acquisiti di presenza¹: _____ CFU
- AFASS acquisiti in modalità telematica²: _____ CFU

¹Allegare copia del libretto AFASS

²Compilare il modulo allegato barrando la casella libera relativa all'AFASS seguito.

Data

Firma*

*) Qualora la dichiarazione non sia sottoscritta davanti al dipendente addetto a ricevere la documentazione, **deve essere accompagnata da fotocopia di un valido documento di riconoscimento** (art. 38D.P.R. 445 del 28.12.2000).

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.