**DOMANDA DI IDONEITÀ ALL’AMMISSIONE AI POSTI DISPONIBILI AD ANNI SUCCESSIVI AL PRIMO DEL CORSO DI LAUREA IN FARMACIA – A.A.202021**

* **Modulo B –**

(per candidati che al momento della domanda sono in possesso di altro titolo di studio di livello universitario)

***I dati personali che verranno indicati nel presente allegato, saranno raccolti e trattati solo ed esclusivamente per fini istituzionali,  nel rispetto della normativa vigente e dei regolamenti emanati da questo Ateneo***

**Al Magnifico Rettore**

***[ I - DOMANDA]***

IO SOTTOSCRITTA/O (cognome e nome)……………………………………………………………………………...

* NATA/O A ……………………………………………………………IL …………………………………….
* IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO: ……………………………………………………………………..
* CONSEGUITO IN DATA: ……………………………………………………………………………………….
* CON VOTAZIONE: ……………………………………………………………………………………………...
* PRESSO L'UNIVERSITÀ’ DEGLI STUDI DI: …………………………………………………………………
* Recapito telefonico: ………………………………….
* Indirizzo di posta elettronica: …………………………………………………………………………………….

**CHIEDO**

LA VALUTAZIONE PRELIMINARE DEL MIO PERCORSO FORMATIVO UNIVERSITARIO PREGRESSO AI FINI DEL MIO INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DI IDONEITÀ’ ALL’AMMISSIONE (indicare una sola opzione):

* AL 2° ANNO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN FARMACIA DI FERRARA PER L’A.A. 2019/2020
* AL 3° ANNO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN FARMACIA DI FERRARA PER L’A.A. 2019/2020
* AL 4° ANNO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN FARMACIA DI FERRARA PER L’A.A. 2019/2020
* AL 5° ANNO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN FARMACIA DI FERRARA PER L’A.A. 2019/2020

***[II - AUTOCERTIFICAZIONE DI ESAMI SOSTENUTI]***

A TAL FINE INDICO DI SEGUITO GLI ESAMI SOSTENUTI(\*):

(\*) **ATTENZIONE!**

* In caso di esami sostenuti presso Corsi di Studio riformati secondo il DM 509/1999 o DM 270/2004, nella colonna “Cfu” indicare il numero di crediti formativi conseguiti in ciascun esame;
* in caso di esami sostenuti presso corsi di studio ante-riforma rispetto al DM 509/99, nella colonna “Cfu” indicare se si tratta di esame semestrale o annuale;
* in caso di esami integrati formati da più moduli didattici, indicare con precisione il numero di crediti e il Settore Scientifico Disciplinare relativi ad ogni singolo modulo;
* **se necessario, alla tabella sottostante è possibile aggiungere righe**.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione dell’esame**  **(ATTENZIONE: riportare la denominazione ESATTA degli esami, e non loro abbreviazioni;**  **ad esempio:**  **SI “*Chimica generale ed inorganica*”,**  **NO “*Chim. gen.”)*** | **SSD (Settore Scientifico Disciplinare, ad esempio CHIM/03, BIO/14, etc.)** | **Data di verbalizzazione ufficiale dell’esame** | **Cfu**  **(Crediti Formativi Universitari)** | **Voto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***[III - DICHIARAZIONI FINALI E SOTTOSCRIZIONE]***

Sono consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell’ART. 76 D.P.R. n. 445/2000.

Infine, autorizzo la struttura didattica di riferimento alla pubblicazione del mio nominativo nella graduatoria che verrà stilata al termine delle procedure di valutazione preliminare del percorso formativo relative a tutte le domande pervenute alla suddetta struttura didattica.

**Alla presente domanda allego copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

Data………/………/………

FIRMA DEL RICHIEDENTE

……………………………………………………………