|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ufficio Esami di Stato, Formazione Insegnanti**Ripartizione Post Laurea e Internazionalizzazione |

**DOMANDA DI RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE FINALE**

 **AI SENSI DEL D.M. 616/2017**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

**Matricola n.**

**AL MAGNIFICO RETTORE**

**DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA**

Il/La sottoscritto/a ,

nato/a , prov. ( ), il / / ,

e iscritto/a presso questo Ateneo al **percorso formativo 24 CFU (pre-FIT)** per l'anno accademico 2018/2019

CHIEDE

il rilascio della certificazione finale dei 24 crediti formativi maturati negli ambiti di cui all’art. 3, comma 3, del D.M. 616/2017.

La certificazione finale sarà (**barrare una delle alternative**):

* Ritirata personalmente
* Ritirata, in qualità di delegato, dal/la sig./a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 *(ATTENZIONE: il delegato deve essere munito del proprio documento di identità e di copia del documento del delegante)*
* Inviata per posta dall’Ufficio al seguente indirizzo: Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *ATTENZIONE: in tal caso inviare, unitamente al presente modulo:*

* *fotocopia fronte/retro del documento d'identità valido*
* *attestazione dell’avvenuto pagamento del contributo dovuto per l’invio (10 euro per l’Italia, 20 euro per l’Estero. Il pagamento si effettua accedendo alla propria area riservata (*[*www.studiare.it*](http://www.studiare.it)*), sezione “pagamenti” (v. indicazioni presenti sul sito http://www.unife.it/studenti/formazione-insegnanti)*

*L’Ufficio non è responsabile in caso di smarrimento o mancato recapito di quanto inviato.*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_