Al Coordinatore del CdS in:

**Corso di Studio**

Al Manager Didattico

Il/La sottoscritto/a **Nome del Docente**

titolare dell’insegnamento [***consultare il sito web del corso di studio – Percorso di Formazione****]*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cod. UGov** | **Nome** | **Anno** | **Sem.** | **CFU** |
| **Corso integrato\*\*** | **Cod. UGov.** | **Nome del corso integrato** | **Anno** | **Semestre** | **CFU** |
| **Modulo \*\*** | **Cod. UGov.** | **Nome del modulo** | **Anno** | **Semestre** | **CFU** |

visto il programma del

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **ECTS/ore** | **Università** |
| **Corso/modulo** | **Nome del corso** | **ECTS/Ore** | **Università** |

autorizza lo/la studente/ssa sotto indicata/o alla frequenza e la Commissione Crediti alla convalida, senza alcuna integrazione.

NB il campo relativo al Corso Integrato va compilato solo se ne richiede il riconoscimento completo (firmato dal coordinatore del Corso Integrato), mentre va compilato solo il campo relativo al Modulo nel caso si richieda solo tale riconoscimento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ferrara, **Data** | Timbro e firmadel/della docente: |  |

|  |
| --- |
| ***Da compilare a cura dello/a studente/ssa*** |

Il/La sottoscritto/a **Nome studente/ssa**

iscritto/a al Corso di Studio in **CdS di iscrizione** in mobilità per l’A.A. **20\_\_/20\_\_** relativo al **anno di corso** anno di corso, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue *[scegliere una delle opzioni di seguito elencate]:*

|  |  |
| --- | --- |
| ☐  | che per il modulo/corso di cui sopra non sono previste alcune propedeuticità |
| ☐ | che per il modulo/corso di cui sopra prevede le seguenti propedeuticità **\*\*:*** **Insegnamento propedeutico**
* **Insegnamento propedeutico**
* **Insegnamento propedeutico**
 |
| ☐ | di aver superato gli esami propedeutici previsti dal **Percorso di Formazione del CdS** per l’insegnamento sopra indicato |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ferrara, **Data** | In fede: |  |