

**DOMANDA DI RICONOSCIMENTO ESAMI**

AL MAGNIFICO RETTORE  
dell'Università Europea di Roma

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Sesso M F  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

DICHIARA

Di aver sostenuto e superato i seguenti esami, di cui allega i programmi:

	INSEGNAMENTO PRECEDENTE CARRIERA	CREDITI	SSD	VOTO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

25				
26				
27				
28				
29				
30				

DICHIARA, INOLTRE, AI SENSI DEL D.P.R.28/12/2000, N.445, CHE I DATI DICHIARATI CORRISPONDONO AL VERO.  
 CONSAPEVOLE DI QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 75 DEL D.P.R. N. 445/2000 SULLA DECADENZA DAI BENEFICI EVENTUALMENTE OTTENUTI  
 SULLA BASE DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE E DAL SUCCESSIVO ART. 76 SULLA RESPONSABILITÀ PENALE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI,  
 RESE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ.

DATA, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

ALLEGATI:

COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ FRONTE/RETRO

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE IL RICONOSCIMENTO UFFICIALE DEI C.F.U., ACQUISITI PRESSO ALTRA UNIVERSITÀ O IN  
 ALTRI CORSI DI LAUREA, PUÒ AVVENIRE SOLTANTO DOPO L'APPROVAZIONE DEGLI ORGANI COMPETENTI DELL'UNIVERSITÀ CUI SI RIVOLGE CON LA  
 PRESENTE RICHIESTA I RICONOSCIMENTO ESAMI.

DATA.....

FIRMA.....

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA L'UNIVERSITÀ EUROPEA DI ROMA AL TRATTAMENTO DEI DATI CONFERITI PER LE FINALITÀ RELATIVE ALLA PRESENTE  
 DOMANDA ED ESPRIME ESPRESSO CONSENSO AI SENSI DELL'ART. 6, PAR. 1 LETT. A) DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679.-