



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA
"TOR VERGATA"
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Magistrale in "Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie"

Presidente
Prof. Pasquale Farsetti
pasquale.farsetti@uniroma2.it

Direttore Didattico
Dr.ssa Simona Lezzerini
lezzerini@med.uniroma2.it

Roma, _____

Alla c.a.

**Consiglio di Corso di Laurea Magistrale
in "Scienze riabilitative delle Professioni Sanitarie"
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata
Facoltà di Medicina e Chirurgia**

OGGETTO: RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO ATTIVITA' FORMATIVE PREGRESSE

Il sottoscritto: (cognome) _____ (nome) _____

regolarmente iscritto nell'anno accademico 20____ / 20____ al ____ anno di corso della Laurea Magistrale in "Scienze riabilitative delle Professioni Sanitarie", chiede il riconoscimento dei crediti formativi pregressi, come di seguito riportato, per l'approvazione di idoneo piano di studi con esclusione degli stessi:

• Insegnamento (corso integrato) del quale si chiede il riconoscimento:

1) _____

anno _____ semestre _____

tutto il corso integrato

solo il modulo di: _____

solo il modulo di: _____

solo il modulo di: _____

solo il modulo di: _____

2) _____

anno _____ semestre _____

tutto il corso integrato

solo il modulo di: _____

solo il modulo di: _____

solo il modulo di: _____

solo il modulo di: _____

3) _____

anno _____ semestre _____

tutto il corso integrato

solo il modulo di: _____

solo il modulo di: _____

solo il modulo di: _____

solo il modulo di: _____



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA
"TOR VERGATA"
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Magistrale in "Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie"

Presidente
Prof. Pasquale Farsetti
pasquale.farsetti@uniroma2.it

Direttore Didattico
Dr.ssa Simona Lezzerini
lezzerini@med.uniroma2.it

4) _____

anno _____ semestre _____

tutto il corso integrato

solo il modulo di: _____

solo il modulo di: _____

solo il modulo di: _____

solo il modulo di: _____

• Attività formativa da cui derivano i crediti dei quali si chiede il riconoscimento (N.B. sulla base di quanto deliberato dal Consiglio di Laurea Magistrale, non saranno prese in considerazione attività formative pregresse relative a Corsi ECM, Corsi di perfezionamento, Master e Lauree triennali):

Materia (SSD e CFU): _____

voto: _____

idoneità

Materia (SSD e CFU): _____

voto: _____

idoneità

Materia (SSD e CFU): _____

voto: _____

idoneità

Materia (SSD e CFU): _____

voto: _____

idoneità

Si allega, alla presente domanda, copia del titolo posseduto e relativo piano di studi.

In fede