

Richiesta di riconoscimento Crediti Formativi pregressi conseguiti in altri percorsi formativi di livello universitario

Immatricolati Corso di Laurea in Infermieristica

Coloro che si immatricolano ai Corsi di laurea triennali in Infermieristica per richiedere il riconoscimento dei crediti pregressi conseguiti in altri percorsi formativi di livello universitario, devono **richiedere un appuntamento** tramite il link: <https://forms.gle/kAQA53QZLNxSfanT9>

e seguire la procedura riportata di seguito al presente avviso.

La Direzione Didattica del Corso di Laurea in Infermieristica (aula 1A1, ed. A - 1° piano - Facoltà di Medicina e Chirurgia) riceve esclusivamente per appuntamento, salvo diverse indicazioni pubblicate allo sportello della segreteria studenti (ed. D – piano terra).

**IMPORTANTE: DATA ED ORARIO DEGLI APPUNTAMENTI STABILITI CON
LA DIREZIONE DIDATTICA DEL CORSO NON SONO MODIFICABILI.**

**PROCEDURA RICONOSCIMENTO CREDITI FORMATIVI UNIVERSITARI (CFU)
CDS TRIENNALE IN INFERMIERISTICA**

MODALITA'	Coloro che, utilmente collocati nella graduatoria di merito del test di ammissione al 1° anno dei CdS triennali in Infermieristica, intendono richiedere il riconoscimento di eventuali crediti pregressi conseguiti in altri CdL, devono richiedere un appuntamento al link: https://forms.gle/kAQA53QZLNxSfanT9 nel periodo compreso tra il 14 settembre 2026 e 13 novembre 2026. IMPORTANTE: DATA ED ORARIO DEGLI APPUNTAMENTI STABILITI DALLA DIREZIONE DIDATTICA DEL CORSO NON SONO MODIFICABILI. Le richieste di riconoscimento possono essere presentate dalla data di pubblicazione della prima graduatoria, fino alla scadenza delle procedure di immatricolazione per eventuali posti vacanti. La Direzione Didattica (aula 1A1, Ed. A - 1° piano – Facoltà di Medicina e Chirurgia – Via Montpellier 1 – 00133 Roma) riceve esclusivamente per appuntamento, salvo diverse indicazioni pubblicate allo sportello della Segreteria Studenti (Ed. D – piano terra):
DOCUMENTAZIONE RICHIESTA	Il giorno dell'appuntamento gli interessati devono presentare: • il modulo di richiesta compilato e firmato; <i>N.B. il modulo di richiesta da compilare e portare il giorno dell'appuntamento è inserito nella seconda pagina del presente documento!</i> • certificazione o autocertificazione degli esami sostenuti che riporti le seguenti informazioni: – denominazione Corsi Integrati; – votazione riportata; – CFU conseguiti; – SSD per singola disciplina all'interno dei Corsi integrati. Se necessario, può essere richiesta una copia del piano di Studi dell'Ateneo di provenienza.
CRITERI DI VALUTAZIONE	I criteri generali di riconoscimento crediti dai CdS più rappresentativi sono stati fissati, in conformità con quanto stabilito dal DM 270/04, in sede CCL del 13.06.2024. L'anno di ammissione viene stabilito dalla Commissione di valutazione preposta, tramite riconoscimento dei crediti pregressi. Ai fini della valutazione vengono riconosciuti solo ed esclusivamente gli esami verbalizzati. Non vengono valutate le ore di frequenza delle discipline non verbalizzate che devono essere rifrequentate per intero, ad eccezione del tirocinio pratico guidato.
IMPORTANTE	<i>N.B. Il superamento del test di ammissione dà diritto al posto nella sede prescelta esclusivamente al 1° anno.</i> Qualora l'interessato venga ammesso agli anni successivi e la sede di assegnazione non abbia disponibilità di posti, è facoltà della Commissione di valutazione proporre eventuali sedi alternative o la rinuncia al riconoscimento.

Richiesta Riconoscimento Crediti Formativi Universitari (CFU) CdL Triennale In Infermieristica

AI PRESIDENTE

Corso di Laurea in _____
dell'Università degli Studi
di Roma "TOR VERGATA"

Il/La sottoscritt _____ nat_ _____
a _____ il ____/____/____

(Si prega di barrare esclusivamente la casella interessata)

☐ immatricolato/a in questo Anno Accademico al primo anno del Corso di Laurea in:

☐ Infermieristica
Sede/Sezione _____

☐ già immatricolato/a nell'anno accademico ____/____ e attualmente iscritt__ al ____ anno al CdL in

☐ Infermieristica ☐ Infermieristica Pediatrica
Sede/Sezione _____

CHIEDE

(Si prega di barrare esclusivamente la casella interessata)

☐ il riconoscimento dei crediti presso il Corso di Laurea in ☐ Infermieristica ☐ Infermieristica Pediatrica
di Codesto Ateneo, essendo in possesso della certificazione allegata ed essendo immatricolato da graduatoria concorso A.A.
202__-202__;

☐ la modifica al riconoscimento effettuato nell'A.A. ____/____ ☐ Infermieristica ☐ Infermieristica Pediatrica
essendo in possesso della certificazione allegata;

☐ il riconoscimento dei crediti presso il Corso di Laurea in ☐ Infermieristica ☐ Infermieristica Pediatrica
di Codesto Ateneo, essendo in possesso della certificazione allegata e non avendo richiesto alcun riconoscimento nello scorso
anno accademico.

N.B. Eventuali variazioni e/o integrazioni al riconoscimento verranno valutate entro il giorno

13 novembre 2026

oltre tale data il riconoscimento si intenderà accettato e non modificabile.

Si prega di indicare i propri recapiti telefonici ed il proprio indirizzo mail:

Tel. _____ E-mail _____

In fede

Roma, _____

Vista la certificazione allegata è ammesso/a al _____ anno:

☐ Corso di Laurea in Infermieristica ☐ Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica

Sede/Sezione _____

Firma accettante
