

TRASFERIMENTO IN ENTRATA ED EVENTUALE RICONOSCIMENTO CREDITI

ISTRUZIONI

Compila il modulo ed invialo all'indirizzo e-mail:

- pre.areasanitaria@unilink.it (per gli iscritti ai corsi di Area Medica)
- pre.areaumanistica@unilink.it (per gli iscritti agli altri corsi)

Invia questo modulo compilato via mail dal tuo indirizzo di posta elettronica personale, indicando nell'oggetto **"Trasferimento ed eventuale riconoscimento crediti"**.

L'eventuale variazione dell'anno di corso / carriera sarà effettuata dopo la procedura di riconoscimento degli esami/crediti da parte della struttura didattica.

I dati richiesti saranno trattati nel rispetto delle disposizioni del GDPR 2016/679.

Le dichiarazioni false o incomplete sono perseguibili penalmente.

Al Magnifico Rettore dell'Università degli studi Link Campus University

Il/la sottoscritto/a

Cognome, Nome

Codice Fiscale

Telefono

email

Proveniente da: *(indicare l'Ateneo di provenienza e il CdS)*

Facoltà/Dipartimento di:

CHIEDE IL TRASFERIMENTO ALL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI LINK

per il Corso di studio in *(indicare denominazione, ordinamento e tipologia di corso, es. laurea, laurea magistrale, ecc.)*

DICHIARO

di essere a conoscenza che il riconoscimento degli esami/crediti è di pertinenza della Commissione di valutazione, che valuta la compatibilità con l'ordinamento e i programmi del corso di studio

TRASFERIMENTO IN ENTRATA ED EVENTUALE RICONOSCIMENTO CREDITI

DICHIARO

ai sensi del art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, di aver conseguito i seguenti crediti formativi

n.	Denominazione esame	Numero crediti	Settore scientifico disciplinare (SSD)	Data	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					

Data _____

Firma _____

N.B.: La richiesta di riconoscimento potrà essere inviata comunque non oltre i 30 giorni dalla data di immatricolazione.